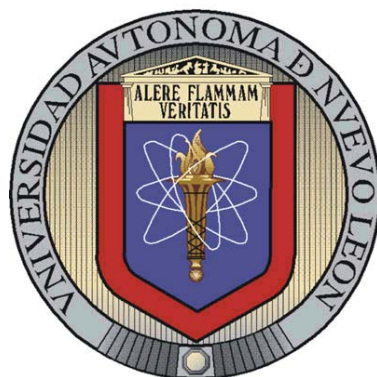


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE DERECHO Y CRIMINOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSUFICIENCIA EN LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ  
EN MÉXICO: 1970-2008

Presentada por:

EMMA HAYDE PALACIOS HERNÁNDEZ

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para  
obtener el Grado de DOCTORA EN DERECHO

San Nicolás de los Garza, Nuevo León

Junio 2010



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE DERECHO Y CRIMINOLOGÍA



## Insuficiencia en la protección social de la vejez en México: 1970 - 2008

Emma Hayde Palacios Hernández

Dr. Ismael Rodríguez Campos  
Director de Tesis  
Dr. Mario A. Garza Castillo  
Cotutor

Trabajo de investigación para la obtención  
del grado de Doctora en Derecho

San Nicolás de los Garza, Nuevo León  
Junio 2010

*Con admiración y respeto a nuestros viejos...  
En especial al mío, Tomás, por su eterna inspiración...*

# AGRADECIMIENTOS

## AGRADECIMIENTOS

La culminación de esta tesis ha implicado un largo camino que inició hace más de diez años, cuando realicé mis estudios de posgrado en la maestría de derecho del trabajo, en la Universidad Autónoma de Nuevo León. En este andar, he adquirido numerosas deudas de gratitud hacia mi familia, maestros, alumnos, compañeros de estudio, de trabajo y amigos. Su ayuda y colaboración han hecho posible que este trabajo llegara a su fin. En las presentes líneas deseo nombrarlas y reiterarles mi agradecimiento por su apoyo, colaboración y comprensión. Les otorgo, así, un sincero y rendido testimonio de gratitud.

A la Universidad Autónoma de Coahuila, en especial a don Oscar Villegas Rico, al doctor García Salcedo, Felicitas Molina, Irene Sánchez y Sara Palafox, por permitirme compartir el tiempo de trabajo con mis estudios y la conclusión de la maestría en derecho del trabajo, e invitarme a continuar con el doctorado.

Deseo agradecer, por compartir experiencias y vivencias en la Secretaría de Salud en el ámbito federal y los Servicios de Salud en el Estado de Coahuila, donde inicié los primeros estudios en la materia de seguridad social y de administración de servicios de salud; especialmente, a los compañeros médicos, enfermeras, trabajadores sociales y personal administrativo, entre ellos, a Lourdes Quintanilla, Miguel Valadez, Miguel Ángel Flores, Mavy Flores, Tere Martínez, Juan Riojas y Ofelia Luna.

Mi agradecimiento al doctor Ismael Rodríguez Campos, quien me impulsó a continuar con los estudios en el nivel doctoral: por su paciencia, dedicación, comprensión e incondicional apoyo como maestro y director de tesis; al doctor Mario A. Garza Castillo, por sus consejos, reflexiones y guías en la cotutoría de este trabajo. Hago extensiva la gratitud a mis maestros: doctora María del Carmen Baca, doctor Germán Cisneros, doctor James A. Graham, doctor Michael Núñez y doctor Rafael Aguilera; y de manera especial al maestro Samuel Flores, por sus acertadas correcciones.

A mis compañeros de estudio y clase en el curso presencial del doctorado: Carlos Santillanes, Gerardo Palacios, Humberto Cantú, Katty Rivera, Heberardo González y Juan Vera; gracias por compartir, además del tiempo y espacio en las aulas, su apoyo y ánimo para continuar con esta experiencia intelectual.

A los amigos y compañeros de trabajo, en el Poder Judicial de la Federación en el Cuarto Circuito: magistrados José Luís Torres Lagunas y Salvador Castro Zavaleta; a Carlos Eugenio Martínez, Gerardo Sánchez Chairez, Ramón Villa, Víctor Rodríguez, Miguel Torres, José Luís García, Eduardo Sánchez, Anabella Reyes y Dalia Martínez, por el ánimo, sugerencias y apoyo constante en la compilación de material bibliográfico, sus reflexiones y orientaciones en el desarrollo de este trabajo. Al INEGI, Nuevo León; en especial a los funcionarios Óscar Gordillo Ramos y Carlos Castillo Torres, por su asesoría, colaboración e interés en este proyecto.

Mis agradecimientos quedarían incompletos, si no dedicara aquí un espacio a todas y cada una de las personas viejas que son el núcleo de este trabajo y que han compartido su tiempo e historias de vida, en especial a quienes fueron entrevistadas en el municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León, por su amable colaboración y cálida apertura.

Finalmente, quiero expresar el agradecimiento a mi familia: a mi esposo Pepe, a la Beba y al Mihit, mis hijos; por escuchar y fingir que escuchaban cuando no podían escuchar más, mis apasionadas pláticas sobre este trabajo; por su paciencia, su apoyo y su comprensión por tantas jornadas fuera de casa.

# ABREVIATURAS



## ABREVIATURAS

AFORE:	Administradora de Fondos para el Retiro
AGEB:	Área Geoestadística Básica
AISS:	Asociación Internacional de Seguridad Social
Art.	Artículo
BM:	Banco Mundial
CASSCO:	Catálogo de Servicios de Salud a la Comunidad
CAUSES:	Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud
CCT:	Contrato Colectivo de Trabajo
CEA:	Cesantía en Edad Avanzada
CIESS:	Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
CFE:	Comisión Federal de Electricidad

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

COESAEN: Comité Estatal de Atención al Envejecimiento

CONAEN: Comité Nacional de Atención al Envejecimiento

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CONDUSEF: Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros

CONEVAL: Comité Nacional de Evaluación

CONPSS: Consejo Nacional de Protección Social en Salud

CONSAR: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro

DF: Distrito Federal

DIF: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

DOF: Diario Oficial de la Federación

ENASEN: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento

FASL: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad

FASSA: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud de la Persona

FPGL: Fondo de Protección para Gastos Catastróficos

FFP:	Fondo de Previsión Presupuestal
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM:	Instituto Nacional para el Adulto Mayor
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ISSFAM:	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas del Estado
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IVCM:	Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte
LAS:	Ley de Asistencia Social
LDPAM:	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores
LGS:	Ley General de Salud
LSAR:	Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro
LSS:	Ley del Seguro Social
LSSFAM:	Ley Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas
LSSSTE:	Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no Gubernamental

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPD: Organismo Público Descentralizado

PAAE: Programa de Atención al Envejecimiento

PDHO: Programa Desarrollo Humano y Oportunidades

PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PIB: Producto Interno Bruto

PMI: Programa Maestro en Infraestructura

PND: Plan Nacional de Desarrollo

PROGRESA: Programa de Educación Salud y Alimentación

PRONASA: Programa Nacional de Salud

PRONASOL: Programa Nacional de Solidaridad

RCV: Retiro, Cesantía en edad avanzada y vejez

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud

RJP: Régimen de Jubilaciones y Pensiones

SABE: Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento para América Latina y el Caribe

SAR: Sistema de Ahorro para el Retiro

SEDESOL: Secretaría de Desarrollo Social

SESA: Sistemas Estatales de Salud

SIEFORE: Sociedades de Inversión Especializada de Fondos para el Retiro

SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPS: Seguro Popular de Salud

SPSS: Sistema de protección Social en Salud

SS: Secretaría de salud

SV: Seguro de Vejez

UNAM: Universidad Nacional Autónoma de México

# ÍNDICE

## ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	25
PRIMERA PARTE	
PROTECCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ EN EL CONTEXTO DEL ESTADO DE DERECHO	
CAPÍTULO I ANTECEDENTES	43
CAPÍTULO II MARCO CONCEPTUAL GENERAL	
A. Evolución del Estado de Derecho y la Protección Social	62
1. Nociones previas	62
2. Modelos de Estado de Derecho en México	70
a. Estado liberal	73
b. Estado central	74
c. Estado social	77
B. Modelos de protección de la seguridad social	86
1. Nociones previas	86
2. Modelo bismarckiano	90
3. Modelo beveridigiano	91

C. Sistema Nacional de Salud y subsistemas de protección	93
D. La Seguridad Social en México	100
1. Origen y desarrollo	100
2. Niveles de protección social en los subsistemas	111
a. Nivel contributivo	111
b. Nivel no contributivo o asistencial	113
CAPÍTULO III	MARCO CONCEPTUAL ESPECÍFICO: LA VEJEZ, PRECISIONES TERMINOLÓGICAS.
A. Aproximación conceptual a la vejez	118
B. Concepciones básicas de la protección de la vejez	122
1. Como hecho biológico	122
2. Como riesgo o contingencia laboral	124
3. Como situación o estado de necesidad	127
4. Nuestra aproximación conceptual de vejez	133
C. La vejez como centro de imputación de normas	133
1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	135
2. Leyes de seguridad social y salud.	
Diversidad de prestaciones y requisitos	137
D. Indicadores relacionados con el tema de la vejez	157
1. Envejecimiento de la población	157
2. Esperanza de vida	162
3. Índice de fecundidad	164
4. Índice de mortalidad	167



## SEGUNDA PARTE

### SISTEMA JURÍDICO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ

CAPÍTULO I	INSUFICIENCIA EN LA PROTECCIÓN EN LOS SUBSISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN EL NIVEL CONTRIBUTIVO	
A.	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	170
B.	Ley General de Salud	174
C.	Leyes reglamentarias del primer y segundo subsistemas de la seguridad social en el nivel contributivo	179
1.	Ley Reglamentaria de la Fracción XXIX del Artículo 123° Constitucional, Apartado A	179
a.	Ley del Seguro Social de 1943	179
b.	Ley del Seguro Social de 1973	183
c.	Ley del Seguro Social de 1995-1997	188
2.	Ley Reglamentaria de la Fracción XI del Artículo 123° Constitucional, Apartado B	203
a.	Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de 1959	203
b.	Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de 1983	206
c.	Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de 2007	210
3.	Ley Reglamentaria de la Fracción XII del Artículo 123° Constitucional, Apartado B	217

a. Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de 1976	219
b. Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de 2003	220
D. Modelos desarticulados en la protección social de la vejez	223
1. Trabajadores del IMSS	224
2. Trabajadores de PEMEX	228
3. Trabajadores de CFE	233
E. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro	237
F. Ausencia o vacío del concepto de vejez y entramado normativo en la protección social de la vejez	248

CAPÍTULO II      INSUFICIENCIA EN LA PROTECCIÓN  
EN EL TERCER SUBSISTEMA  
DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

A. Nociones previas	261
1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	263
2. Ley General de Salud	263
3. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores	265
4. Planes Nacionales de Desarrollo y programas federales con enfoque a la atención médica de la población envejecida	269
B. Subsistema de protección social en salud	272
1. Antecedentes a su implementación legal: Programa salud para todos	272
2. Sujetos participantes y población beneficiaria	278
3. Clasificación de los servicios de salud: CAUSES	279
4. Esquema tripartito de financiamiento para los servicios de salud a la persona	282

5. Infraestructura hospitalaria y médica instalada	282
6. Organización operativa en el nivel federal y en las entidades federativas	286
7. Evolución del subsistema y el seguro popular de salud	294
C. El Seguro Popular de Salud	316
1. Origen y evolución	316
2. Cobertura de protección de los servicios de salud a la persona	319
3. Fondos de protección de los servicios de salud a la persona y de gastos catastróficos	321
4. Programas federales: IMSS Oportunidades, OPORTUNIDADES y su componente 70 y más	324
D. Ubicación geográfica en el nivel nacional de personas sin acceso a la protección en los tres subsistemas	336
E. Fragmentación en las relaciones de coordinación entre órdenes federal y local	344
1. En el orden federal entre Secretaría de Salud y órganos desconcentrados	345
2. En el orden local, en áreas metropolitanas	348
a. Área metropolitana en el Distrito Federal	348
b. Área metropolitana de Monterrey, Nuevo León	358
F. Evidencia de la fragmentación y dispersión en las relaciones de coordinación entre órdenes federal y local	375
 CAPÍTULO III MARCO EMPÍRICO DEMOSTRACIÓN DE LA INSUFICIENCIA EN LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ	
A. Nociones previas	383
B. Descripción de instrumentos, procedimiento y selección para la comprobación	386

1. Acceso efectivo a la atención médica en los tres subsistemas de protección en el nivel nacional, regional y local	386
2. Análisis cuantitativo y cualitativo de la insuficiencia en la protección de la vejez, en los tres subsistemas: Dr. Arroyo, Nuevo León	408
CONCLUSIONES	445
BIBLIOGRAFÍA	468

# ÍNDICE DE TABLAS

## ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
PRIMERA PARTE	
CAPÍTULO II	62
Tabla 1. Sistema Nacional de Salud	99
CAPÍTULO III	118
Tabla 1. Leyes de seguridad social	144
Tabla 2. Inversión de la pirámide poblacional	160
Tabla 3. Índices de envejecimiento de la población 2000-2050	161
Tabla 4. Población de adultos mayores 2000-2050	161
Tabla 5. Esperanza de vida al nacimiento por sexo 1950-2050	163
Tabla 6. Esperanza de vida a los 60 años por sexo 1930-2000	164
Tabla 7. Promedio de hijos nacidos vivos 1990-2000	165
Tabla 8. Tasa global de fecundidad 1974-2009	166
Tabla 9. Transición demográfica en México 1930-2050	168
SEGUNDA PARTE	
CAPÍTULO I	170
Tabla 1. Leyes del Seguro Social 1943-1973	187
Tabla 2. Nueva Ley del Seguro Social 1995-1997	195
Tabla 3. Leyes del Seguro Social vigentes	202

Tabla 4. Ley del ISSSTE 1959	206
Tabla 5. Leyes del ISSSTE 1959-1983	210
Tabla 6. Ley del ISSFAM 1976	220
Tabla 7. Leyes del ISSFAM 1976-2003	223
Tabla 8. Reglamento de jubilaciones y pensiones del IMSS	228
Tabla 9. Contrato colectivo de trabajo PEMEX 2003-2005	232
Tabla 10. Contrato colectivo de trabajo CFE 2008-2010	236
Tabla 11. Pirámide jurídica de los subsistemas de protección	247
Tabla 12. Proyección de población IMSS 2007-2012	253
Tabla 13. Población derechohabiente del IMSS 2004-2008	253
Tabla 14. Derechohabientes del primer subsistema	256
Tabla 15. Derechohabientes del segundo subsistema	257
Tabla 16. Subsistemas de protección social	258
CAPÍTULO II	261
Tabla 1. Corresponsabilidad financiera del SPSS	282
Tabla 2. Estructura operativa y organizacional del SPSS	286
Tabla 3. Infraestructura hospitalaria y médica 1999-2007	288
Tabla 4. Gasto para infraestructura SPSS 2009	292
Tabla 5. Defunciones por rango de edad 2008	315
Tabla 6. Seguro popular de salud y SPSS	318
Tabla 7. Familias por afiliar al seguro popular 2003-2010	319
Tabla 8. Modelo financiero y operativo del SPSS	324
Tabla 9. Seguro popular de salud IMSS Oportunidades	328
Tabla 10. Mapa de México por regiones	339
Tabla 11. Región sur	340
Tabla 12. Región centro	342
Tabla 13. Región norte	343
Tabla 14. Derechohabiencia 2000-2005	344
Tabla 15. Relación estructural del tercer subsistema	347

Tabla 16. Entramado normativo del tercer subsistema	348
Tabla 17. Delegaciones en el área metropolitana del DF	349
Tabla 18. Infraestructura hospitalaria área metropolitana DF	350
Tabla 19. Seguro popular y seguro médico en el DF	356
Tabla 20. Estado de Nuevo León, por regiones y área metropolitana	360
Tabla 21. Infraestructura hospitalaria en Nuevo León	365
Tabla 22. Infraestructura hospitalaria en Nuevo León en el SPSS	366
Tabla 23. Nuevo León y municipios con seguro popular	369
Tabla 24. Nuevo León y afiliados al seguro popular	370
CAPÍTULO III	383
Tabla 1. Derechohabiencia por institución de salud 2000-2005	387
Tabla 2. Personas con y sin derechohabiencia	388
Tabla 3. Subsistemas de protección social	389
Tabla 4. Población total en México	399
Tabla 5. Población de 60 años o más sin derechohabiencia	400
Tabla 6. Envejecimiento en el nivel municipal	401
Tabla 7. Población de 60 años y más en el IMSS	402
Tabla 8. Población de 60 años y más en el ISSSTE	403
Tabla 9. Población de 60 años y más en PEMEX e ISSFAM	404
Tabla 10. Población de 60 años y más con seguro popular	405
Tabla 11. Población de 60 años y más en el sector privado	406
Tabla 12. Población de 60 años y más en OTRAS	407
Tabla 13. Estado de Nuevo León, regiones norte, centro y sur	410
Tabla 14. Municipios de la región sur de Nuevo León	411
Tabla 15. Municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León	413
Tabla 16. Cabecera municipal de Dr. Arroyo, Nuevo León	414
Tabla 17. Personas de 60 años y más, por grupo de edad en Dr. Arroyo	415



Tabla 18. Personas de 60 años y más, con derechohabiencia, en Dr. Arroyo	416
Tabla 19. Personas de 60 años y más, sin derechohabiencia, en Dr. Arroyo	416
Tabla 20. AGEB en cabecera municipal de Dr. Arroyo	420
Tabla 21. AGEB A	423
Tabla 22. AGEB B	425
Tabla 23. AGEB C	428
Tabla 24. Indicadores por sexo y edad	433
Tabla 25. Indicadores de estado civil y convivencia	434
Tabla 26. Indicadores de acceso en los tres subsistemas	435
Tabla 27. Indicadores de ocupación y percepción de la salud	436
Tabla 28. Causas que han contribuido en la vejez y vivienda	437
Tabla 29. Escolaridad	438

# INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación, bajo el título “Insuficiencia en la Protección Social de la Vejez en México 1970 - 2008”, constituye un tema interesante, importante y trascendente, debido al incremento acelerado del grupo poblacional de las personas mayores de 60 años o más en nuestro país, lo que provoca el fenómeno conocido como envejecimiento de la población, que se aprecia por el aumento en la proporción de personas de 60 años y más, que en el 2005 sumaron 8.3 millones, equivalente al 8.3 por ciento de la población total, en los términos del II Censo de Población y Vivienda: 2005. INEGI.

En este fenómeno han incidido indicadores sociodemográficos, como el incremento en la esperanza de vida y la baja en los índices de fecundidad y de mortalidad. Sin duda alguna, en el incremento en la esperanza de vida de la población, han influido nuestras instituciones de salud y de seguridad social. De la misma manera, los avances tecnológicos, procesos de industrialización y el desarrollo de la economía; igualmente la transición de nuestra sociedad mexicana fundamentalmente agrícola en los años 20's del siglo XX, hacia una sociedad semi-industrializada o industrializada a partir de los años 40's de dicho siglo; además de la intervención y participación del Estado en el ámbito económico mediante el establecimiento de controles directos en la economía o como rector en dicho ámbito.

En el marco jurídico y social de estudio, la ausencia o vacío legislativo en el concepto de la vejez; la existencia de factores normativos e institucionales, que por su heterogeneidad y desarticulación, inciden en la insuficiencia en la protección social de la misma, en el llamado sistema de seguridad social mexicano, que se dirige mediante el “seguro de vejez” sólo a aquellas personas adultas mayores o personas viejas, incluidas en los niveles contributivo, que nosotros llamamos primer y segundo subsistema de la seguridad social, y además por la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y relaciones de

coordinación intra e interinstitucionales entre órdenes de gobierno federal y local para el acceso efectivo a la atención médica en los servicios públicos de salud a la persona, en el llamado sistema de protección social en salud, que de igual manera incide en la insuficiencia en la protección social en salud de las personas viejas; lo que llamamos tercer subsistema de protección social en salud.

En décadas anteriores, las personas viejas constituían un grupo minoritario, que representó en los 90's el 4.2 por ciento de la población total, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda en los Estados Unidos Mexicanos, INEGI 2000. Éste grupo se convierte cada vez más en un sector mayoritario, pues en 2005 representó el 8.3 por ciento de la población total y requiere de instrumentos, estrategias, programas y acciones que mejoren su calidad de vida, mediante la prestación de servicios de salud y de seguridad social, cuya insuficiencia en la protección constituye el hilo conductor de este trabajo de investigación.

### *I. Planteamiento del problema*

En el Estado de Derecho, entre los principios que lo rigen, está el de defensa de los derechos humanos, inherentes a la calidad del ser humano y que toda persona ha de tener la posibilidad de gozarlos, sin discriminación alguna. En el caso de las personas mayores, éstas son titulares de derechos individuales y de grupo; por lo tanto, es preciso que, junto con el reconocimiento de libertades esenciales, disfruten del ejercicio de derechos sociales para vivir con seguridad y dignidad en cuanto a los derechos de la salud y la seguridad social. Lo anterior exige un papel activo del Estado, de la sociedad y de ellos mismos.

El fenómeno del envejecimiento de la población con repercusiones a nivel mundial, ha incidido en nuestro país, ya que en las últimas dos décadas se ha incrementado el número de personas adultas mayores o personas viejas. Este incremento se advierte en los porcentajes contenidos en las pirámides de población 1990, 1995, 2000 y 2005 en las que en el grupo de 65 – 69, los incrementos han ido de 0.7 y 0.8 por ciento a 0.9 y 1.0 por ciento. En el 2005, este

grupo de personas representó el 8.3 por ciento de la población total, en los términos del II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005.

El porcentaje de la población de 65 años y más ha ido creciendo de 2.2 por ciento en 1900 a 3.7 por ciento en 1990. Aquí puede apreciarse que este porcentaje de la población ha crecido en forma lenta, y se acelera el crecimiento a partir de 1990 al pasar a 4.6 por ciento para el año 2000. De esta manera los incrementos en los porcentajes de este grupo de personas, continuarán en aceleración, con porcentajes de población de 11.7 por ciento en el 2030 y 24.6 por ciento en el 2050.

El siglo XXI muestra un aumento significativo de la esperanza de vida de las personas mayores de 60 años. Se estima que esta población en la actualidad representa uno de cada trece mexicanos, es decir, el 7.6 por ciento; en 2030 representará uno de cada seis ó un 17.1 por ciento, y en 2050, más de uno de cada cuatro, o bien, el 27.7 por ciento.<sup>1</sup>

Estimaciones del CONAPO proyectan que el grupo de los adultos mayores de 65 años o más se incrementará de 5.2 por ciento en 2005, a 5.9 por ciento en el 2010, a 8.1 por ciento en el 2020, 11.8 por ciento en el 2030 y 21.2 en el 2050.<sup>2</sup>

El envejecimiento demográfico producirá como consecuencia que lo que se consideraba como un grupo minoritario en los 80's, en la actualidad se ha convertido y se convertirá en un sector mayoritario del país, que demandará atención y mantenimiento de su calidad de vida, esencialmente en cuanto a los derechos de la salud y de la seguridad social.

Es oportuno que expresemos, que si bien el fenómeno del envejecimiento poblacional ha repercutido en nuestro país, para los efectos de este trabajo consideramos que es necesario precisar que la población en sí misma no envejece; que el proceso de envejecimiento que lleva a la vejez, lo referimos a la persona que integra la población y a ésta como un elemento del Estado mexicano.

---

<sup>1</sup> Consejo Nacional de Población. *El envejecimiento demográfico en México: Principales características y tendencias*. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/06.pdf>. Consulta febrero de 2010.

<sup>2</sup> Consejo Nacional de Población. *Proyecciones de la población de México 2005 – 2050*. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/06.pdf>. Consulta febrero de 2010. A 2005, el porcentaje fue de 8.3 por ciento, superior al proyectado por el CONAPO.

## *II. Hipótesis*

En México, en el contexto del Estado Social de Derecho y del derecho constitucional a la protección de la salud y de la seguridad social, en el período de 1970 a 2008, es insuficiente la protección social de la vejez. La insuficiencia la evidenciamos desde dos dimensiones:

1. En el ámbito jurídico, el vacío o ausencia del concepto de vejez y la existencia de factores normativos e institucionales heterogéneos y desarticulados, inciden en la insuficiencia de la protección social de la vejez, así como la insuficiencia en la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica. En esta dimensión, la protección social se limita a la personas comprendidas y sujetas al nivel contributivo; es decir, en atención a un vínculo laboral y a su aportación económica en los sectores privado y público, que denominamos primero y segundo subsistemas de protección social de la seguridad social en el nivel contributivo, y de los que derivan prestaciones en especie como el derecho de la salud y prestaciones en dinero como la pensión.

2. También desde la perspectiva jurídica, en el ámbito del subsistema de protección social en salud, con enfoque al acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, a través del seguro popular de salud, porque la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y en las relaciones de coordinación intra e interinstitucionales entre órdenes de gobierno federal y local, inciden en la insuficiencia de la protección social de la salud de la vejez, en el nivel contributivo y no contributivo o asistencial; así como la insuficiencia en la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica; que llamamos también tercer subsistema de protección social.

Este tercer subsistema lo enfocamos a la prestación del servicio público de salud a la persona; es decir, a la atención médica como prestación en especie sin que incluya prestaciones en dinero como una pensión, porque carece de un modelo pensionario de la misma naturaleza que el contenido en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo. De allí la referencia específica a algunos programas federales que se soportan con

recursos públicos y se focalizan a las personas de 70 años y más, como apoyos de asistencia social en el ámbito del gobierno federal y sólo en las entidades federativas con mayores concentraciones de este grupo poblacional en las áreas metropolitanas del Distrito Federal y Monterrey, Nuevo León.

Evidenciaremos la insuficiencia en la protección social de la vejez en el nivel nacional, por entidad federativa y municipio, mediante análisis estadístico, con enfoque en el grupo de personas de 60 años y más con o sin acceso o derechohabencia a los servicios públicos de salud en el primer y segundo subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo; así como en el tercer subsistema de protección social en salud con enfoque al acceso efectivo a la atención médica de los servicios de salud a la persona, mediante afiliación al seguro popular de salud.

También mostraremos mediante análisis cuantitativo y cualitativo del trabajo de campo, la percepción de la insuficiencia en la protección social de la vejez, en los ámbitos del primer y segundo subsistema de protección social de la seguridad social en el nivel contributivo y del subsistema de protección social en salud, del grupo de personas de 65 años y más, entrevistado en el municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León. Se eligió este municipio, porque de acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005, de la población total de dicho municipio fue de 33,269 personas, de ellas, 3,333 son personas viejas y representaron en este rango de edad, el 10 por ciento de la población total. Mientras que en el municipio de Monterrey, la población total fue de 1,133,070 personas y el grupo de 65 años y más se constituyó por 79,624 personas y representaron el 7 por ciento.

### *III. Objetivos*

1. Evidenciar la insuficiencia en la protección social de la vejez, del grupo poblacional de adultos mayores o personas viejas, sujetas al nivel contributivo, en atención a un vínculo laboral, por la heterogeneidad y desarticulación en las diversas legislaciones e instituciones que se regulan en el primer y segundo subsistemas de protección en seguridad social, así como la ausencia o vacío del concepto de vejez.

2. Mostrar la insuficiencia en la protección social de la vejez, por la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y en las relaciones de coordinación intra e interinstitucionales entre órdenes de gobierno federal y local, que limitan el acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, comprendidos en el tercer subsistema de protección social, lo que realizamos en las entidades federativas con mayores concentraciones de este grupo poblacional, en las áreas metropolitanas del Distrito Federal y Monterrey, Nuevo León.
3. Evidenciar la insuficiencia de la protección social de la vejez, en los montos de pensiones, derivados de los modelos pensionarios comprendidos en el primer y segundo subsistema de protección en seguridad social en el nivel contributivo, así como en los montos de los apoyos derivados de programas federales con enfoque a la pobreza alimentaria.
4. Revelar mediante análisis estadístico la insuficiencia en la protección social de la vejez en el nivel nacional, por entidad federativa y municipio, con enfoque al grupo de personas de 60 años y más con y sin derechohabencia a los servicios públicos de salud en los tres subsistemas de protección social.
5. Mostrar mediante trabajo de campo, la percepción de la insuficiencia en la protección social de la vejez, en el grupo de personas de 65 años o más, entrevistadas en la cabecera del municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León, en los tres subsistemas de protección social.

#### *IV. Métodos de la Investigación*

En cuanto a la metodología, desarrollamos diversos métodos: el método jurídico, el descriptivo y el histórico y deductivo, en los análisis de los textos doctrinales, constitucionales y legales, relacionados con la protección social de la vejez, con enfoque al derecho de la salud y a la seguridad social, específicamente entre los seguros sociales, el seguro de vejez. A través del método estadístico, analizaremos los factores que inciden en el envejecimiento poblacional en nuestro país, en las entidades federativas o regiones en las que éste fenómeno presenta los mayores porcentajes de incremento en las personas de 60 años o más.



Mediante el método deductivo, analizaremos este mismo grupo poblacional, con o sin acceso a la seguridad social y a los servicios públicos de salud. Para esto, partimos primero en el nivel nacional, después por entidad federativa, por municipio y por áreas metropolitanas donde existen mayores concentraciones de este grupo etáreo. Finalmente concluimos de manera específica con el grupo de personas viejas, entrevistadas en el municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León.

En el contexto del Estado de Derecho Social mexicano, mediante interpretaciones sistemáticas, analizamos las disposiciones constitucionales y legales en las que se reconoce la protección social del derecho de la salud y la seguridad social y en ella los derechos sociales, específicamente, los seguros de vejez, contenidos en el artículo 123º Constitucional, Apartado A, Fracción XXIX, y Apartado B, Fracción XI y XIII; así como en diversas legislaciones federales en materia de seguridad social y del derecho de la salud; como instrumentos de protección en los dos subsistemas contributivos de la seguridad social en nuestro país, de los que derivan prestaciones en especie y en dinero para las personas que ubicamos en la primera dimensión de nuestra hipótesis.

En este mismo contexto, evidenciamos la insuficiencia en la protección social de la vejez de las personas excluidas de los subsistemas de seguridad social en el nivel contributivo, por no tener el carácter de trabajadores o alguna relación de subordinación y cuya protección se incluye en el tercer subsistema de protección social en salud, a través del seguro popular de salud, implementado en la reforma a la Ley General de Salud en agosto de 2003, con enfoque al acceso efectivo de la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, que sólo contiene esta prestación en especie y carece de la prestación en dinero, como la pensión.

Asimismo, mediante las indagaciones de las intervenciones y participaciones de dependencias federales y estatales que coadyuvan en la protección social de la vejez, evidenciamos cómo la fragmentación, dispersión y focalización de los programas y políticas sociales, dirigidos a las personas viejas en el nivel no contributivo o asistencial, inciden en la insuficiencia en la protección

social de la vejez. Desde nuestra perspectiva, la asistencia social es, legalmente, una categoría o tipo de los servicios públicos de salud.

A través del análisis estadístico, mostramos la existencia de indicadores como el envejecimiento poblacional, porcentajes de incremento en la esperanza de vida, índices de fecundidad y mortalidad infantil, que nos permitan apreciar la dimensión del fenómeno del envejecimiento de población y trasladar dicho fenómeno a las dimensiones de nuestra hipótesis de trabajo; de manera que la insuficiencia en la protección social de la vejez, resulta de dichas dimensiones; en la primera por la existencia de factores normativos e institucionales heterogéneos y desarticulados; y en la segunda, debido a la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y en las relaciones de coordinación intra e interinstitucionales entre órdenes de gobierno federal y local, y en ambas por la insuficiencia de la capacidad instalada en la infraestructura hospitalaria y médica.

La bibliografía que utilizamos hace referencia a fuentes doctrinales, legislación, artículos y revistas especializadas; bases estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, como censos generales y conteos de población y vivienda. Recurrimos también a la Internet para efecto de consultas, actualización de información y datos expresados en la bibliografía.

#### *V. Precisiones terminológicas*

En el desarrollo de este trabajo usaremos los términos: vejez, protección social, insuficiencia, Estado Social de Derecho, subsistema de protección de la seguridad social, subsistema de protección en salud, niveles contributivo y no contributivo, derecho de la salud, la asistencia social como tipo o categoría incluida en el derecho de la salud y persona vieja; con aproximaciones conceptuales a tales términos que precisamos más adelante, en los marcos conceptuales generales y el específico. Como consideramos que el modelo Estado Social se comprende en la fórmula del Estado de Derecho, nos acercamos a las formas de actuación del Estado, en el ejercicio de las tareas sociales. De manera esencial en el ámbito de los derechos constitucionales de la salud y de la seguridad social; entre ellos, la protección social de la vejez, analizada como

riesgo o contingencia laboral, como un hecho biológico y como situación o estado de necesidad en la vida social, supuestos que además de regularse jurídicamente, deben ser congruentes, articulados y unificados con las políticas, programas y acciones sociales.

#### VI. *Contribución*

La información relacionada con el envejecimiento de la personas llamó nuestra atención al inicio de la década de los 90's, cuando el porcentaje de las personas viejas sólo llegaba al 4 por ciento de la población total; es decir, de 81.2 millones de personas. En esta década, tuvimos oportunidad de acceder a *La vejez*, obra escrita en 1970 por Simone de Beauvoir. En ella afirmaba que los ancianos se habían convertido en un sector marginado o excluido de la sociedad, al igual que los inmigrantes o los pobres.

La lectura de este ensayo, la realizamos a la par con nuestro trabajo relacionado con la orientación, tramites y gestiones de los trabajadores de la Universidad Autónoma de Coahuila, que por haber cumplido con los requisitos en la prestación de años de servicio, más de veinte años y por haber llegado a la edad promedio de cincuenta y cincuenta y cinco años, acudían a la casa universitaria para obtener apoyos en el trámite de sus pensiones. Así como con nuestras vivencias en el ámbito de la salud pública en el nivel nacional y local.

Desde entonces, el propósito de actuar como agentes de cambio o proactivas, para que cuando llegara el momento de nuestra vejez, a través del conocimiento, otras personas, instituciones y la sociedad pudieran tener una actitud distinta de la vejez. Es decir, sin relacionar a la vejez o a los viejos como un grupo marginado, como personas enfermas, como rechazadas o como personas necesariamente dependientes.

Lo anterior pudiera interpretarse como una visión idealista, o quizá sólo como el deseo de mayores conocimientos relativos al envejecimiento y la vejez, y una posible respuesta sería que por aquella década, lo hacíamos en defensa propia, para cuando llegara el momento de nuestra vejez.

Al visualizarnos como agentes de cambio o personas proactivas, lo hacemos no sólo en nuestra defensa, también en la de las personas viejas de hoy

y del mañana, de manera que nuestro hilo conductor es el derecho de la persona a la protección social en la vejez, de manera esencial en cuanto a los derechos de la salud y de la seguridad social.

Esperamos que este trabajo sea una sencilla contribución para el debate, la reflexión, el análisis, la previsión y la ampliación en la protección social de la vejez, que conlleve a mejores condiciones o condiciones óptimas de vida de las personas viejas, en cuanto a sus derechos de la salud y de la seguridad social, en el contexto de nuestro Estado de Derecho, de los principios fundamentales del ser humano, de nuestro sistema jurídico, de los subsistemas de protección social en salud y de la seguridad social, que forman parte de Sistema Nacional de Salud en nuestro país; sistema que, desde nuestro punto de vista, debiera ser un sistema estructural unificado y columna vertebral del derecho de la salud. Además, esperamos que contribuya para que todas aquellas personas, prestadores de servicios públicos de la salud, asuman la responsabilidad y honestidad en la correcta utilización y destino de los recursos públicos dirigidos a los derechos de la salud y la seguridad social de las personas, de manera especial de las personas viejas, sobre todo, en la atención integral a la persona y no sólo a programas y marcos normativos. Para que de esta manera, realmente sea efectivo el acceso de la persona a la atención médica de los servicios públicos de salud.

#### *VII. Delimitación y limitaciones*

Exponemos este trabajo delimitándolo en términos generales a la insuficiencia en la protección social de la vejez en México, en el período comprendido de 1970 a 2008.

Se delimita este período, porque es en las últimas dos décadas, en las que el incremento de las personas viejas se ha acelerado en forma considerable. Fenómeno del envejecimiento de la población que no se advirtió con anterioridad, ni el incremento en el índice de esperanza de vida y la baja en los índices de fecundidad y mortalidad.

Además, porque en dicho período, primero se expandió la seguridad social en nuestro país, en el contexto del Estado Social del Derecho, mediante los

seguros sociales y la ampliación de las prestaciones sociales y servicios de solidaridad. También porque en dicho período, paradójicamente, se suceden, en 1983, una serie de reformas legislativas en el ámbito constitucional, pues se elevó a rango constitucional el derecho de la salud. Las reformas contemplaron desde nuestro punto de vista, aspectos económicos y financieros, mediante las cuales, como se evidenciará en su oportunidad, limitan y reducen la protección pública de la vejez, lo que la hace insuficiente.

Asimismo, porque a partir de 2003 se reformó la Ley General de Salud, mediante la cual se implementó el complejo denominado sistema de protección social en salud y su brazo operativo, el seguro popular de salud, dirigido de manera específica a la población abierta; es decir, personas sin acceso a la seguridad social.

Desde nuestra perspectiva, tales reformas no atendieron la heterogeneidad y desarticulación de factores normativos e institucionales de la seguridad social en el nivel contributivo; ni la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y relaciones de coordinación intra e interinstitucionales entre órdenes de gobierno federal y local en el nivel no contributivo o asistencial de los subsistemas de protección social en salud y seguridad social.

Abordar el tema de la vejez y su protección social, es una tarea difícil. Es una cuestión compleja e inter y multidisciplinaria, que ha llamado la atención de numerosos estudiosos: sociólogos, médicos, juristas, filósofos, literatos, economistas, demógrafos y pensadores en general, que han abordado el tema.

Su amplitud supera cualquier investigación que en una sola disciplina se realice sobre ella; por lo tanto no es susceptible de un análisis unívoco. Al aceptar tales limitaciones, tomamos como punto de partida la exposición conceptual sobre la intervención del Estado, mediante la creación de ordenamientos legales, enfocándonos al análisis de la vejez, desde el punto de vista de su protección social, de manera específica el acceso a la atención médica del derecho de la salud y la seguridad social, a través del Sistema Nacional de Salud y de los subsistemas de protección social en salud y de la seguridad social que integran dicho sistema.

La propuesta de incluir un análisis comparativo con el de algunos Estados asistencialistas en Latinoamérica, como pudieran ser Chile o Costa Rica, sin duda sería enriquecedora, sin embargo, consideramos que ello pudiera implicar rebasar la delimitación en tiempo, espacio y lugar de esta investigación. Por ello, pensamos que puede constituir una línea de investigación próxima.

Para los análisis estadísticos en el nivel nacional, por entidad federativa y por municipio, tomamos en cuenta el II Censo de Población y Vivienda INEGI, 2005.

En forma deductiva, destacamos en primer orden, la población o personas en general con derechohabiencia en los subsistemas de seguridad social y las que carecen de tal derechohabiencia, hacia quienes se enfoca el subsistema de protección social en salud. Después, de manera específica, al grupo de personas de 60 años y más, sin acceso a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona.

Asimismo, mediante análisis cualitativo y cuantitativo de nuestro trabajo de campo, mostramos la percepción de la insuficiencia en la protección social de la vejez, en los ámbitos de los subsistemas de seguridad social y de protección social en salud, con enfoque en la atención médica de los servicios de salud a la persona, en el grupo de personas de 65 años y más, entrevistadas en el municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo de investigación, debemos insistir que el enfoque de la protección social, es en relación con el derecho de la salud y de la seguridad social en los subsistemas de seguridad social en el nivel contributivo y del subsistema de protección social en salud, en el acceso efectivo de la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona.

Existen otros temas relacionados con la vejez y su protección social en el nivel contributivo, que no abordaremos por su amplitud y especificidad, como los siguientes: Los relacionados con las consecuencias que derivan de la vejez dependiente, aquella en la que hay pérdida de autonomía individual o incapacidad para satisfacer por sí mismo necesidades elementales, que pudieran dar origen al llamado *seguro de dependencia*; los sistemas de protección social de

trabajadores al servicio de los gobiernos en las entidades federativas y municipios; los sistemas de protección de los ministros, magistrados y jueces del Poder Judicial de la Federación y de los Poderes Judiciales en las entidades federativas. Tampoco nos referiremos a la protección social de los trabajadores de las universidades públicas, ni a la protección de la salud o de algún modelo pensionario, comprendidos en el ámbito del sector privado.

Con respecto de la protección social no contributiva, exceptuamos aquella que se proporciona a las personas viejas, por parte de organismos no gubernamentales.

No abordaremos el fenómeno del envejecimiento y la protección social de la vejez, que pudieran estar vinculados con nuestro sistema jurídico y son referidos en las normas, lineamientos e investigaciones de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Conferencia Interamericana de la Seguridad Social, entre otros.

De igual manera, omitimos las referencias en la protección social de las personas viejas, ubicadas en la región sur de nuestro país, que se conforma por las entidades federativas del Golfo de México, Costa del Pacífico y Península de Yucatán, en su mayoría por grupos indígenas, que pudiera ser una línea de investigación próxima.

Existen en nuestro sistema jurídico, otras prestaciones o derechos sociales, como el derecho a la vivienda y a la educación, que de igual manera pueden estar vinculados con la protección social de la vejez y que tampoco hemos contemplado en este trabajo de investigación. Estos temas y aspectos pueden constituir líneas de investigación en un futuro.

### *VIII. Estructura de Estudio*

El trabajo se desarrolla y se estructura en dos partes, la primera referente a antecedentes y marco conceptual general y específico y la segunda contiene el marco teórico y marco empírico.

En la primera parte, en el capítulo I, exponemos algunos antecedentes o nociones previas, en las que expresamos los motivos que despertaron nuestro

interés en la investigación del fenómeno del envejecimiento de la población o transición demográfica; del tema de la vejez y su protección social; la explicación del por qué iniciamos con un marco conceptual en el contexto de nuestro Estado de Derecho, del Sistema Nacional de Salud y de los subsistemas de protección social en salud y de la seguridad social; así como las razones del por qué se delimitó el periodo de la investigación a 1970 – 2008 y la paradoja entre el excesivo andamiaje jurídico, por una parte y por la otra, la ausencia o vacío del concepto de vejez.

En el capítulo II, primero nos enfocamos a la concepción general del Estado de Derecho, los modelos de Estado de Derecho, entre ellos el modelo social de derecho; los modelos de protección social, algunas nociones previas de los modelos bismarckiano y beveridgiano de protección social; conformación e integración del Sistema Nacional de Salud, organismos e instituciones que en él se incluyen, como subsistemas de protección social y su complejo entramado normativo; el origen y desarrollo de la seguridad social y de los niveles contributivo y no contributivo o asistencial, ubicados en los subsistemas referidos.

En este mismo capítulo hacemos referencia a los subsistemas de protección de la seguridad social, especificándose el nivel contributivo en el que quedan comprendidas las personas viejas, sujetas a dicho nivel y que son aquellas cuyas relaciones de trabajo o subordinación están reguladas por el artículo 123 Constitucional. También precisamos el tercer subsistema de protección social en salud, que comprende un nivel no contributivo o de asistencia social y un nivel contributivo; este tercer subsistema lo dirigimos a la protección social en salud mediante el acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, derivado de la reforma a la Ley General de Salud en 2003.

En el capítulo III de esta primera parte, como marco conceptual específico, consideramos conveniente expresar algunas precisiones terminológicas de la vejez y las concepciones básicas en el fundamento de la protección a la misma y nuestra aproximación conceptual de la vejez, que proponemos para los efectos de esta investigación. Asimismo, hacemos referencia a los indicadores



sociodemográficos que nos permiten la precisión de la dimensión del fenómeno del envejecimiento de la población y trasladar dicho fenómenos y su impacto en el ámbito del derecho de la salud y de la seguridad social, en las dos dimensiones de hipótesis planteada.

De esta manera, la insuficiencia en la protección social de la vejez resulta de dichas dimensiones; es decir, de la existencia de factores normativos e institucionales que por su heterogeneidad y desarticulación en los subsistemas de protección social en la seguridad social en el nivel contributivo y la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y relaciones de coordinación intra e interinstitucionales entre órdenes de gobierno federal y local para el acceso efectivo a la atención médica en los servicios públicos de salud a la persona, limitan la protección y por lo tanto evidenciamos que es insuficiente.

La segunda parte titulada *Sistema Jurídico de la Protección Social de la Vejez* se conforma de tres capítulos. En el primero y segundo abordamos el marco teórico en el que desarrollamos, respectivamente, la primera y segunda dimensión de la hipótesis planteada; en el capítulo tercero, exponemos el marco empírico, en el cual se describimos los instrumentos y procedimientos para la comprobación teórica y práctica de las dos dimensiones de nuestra hipótesis.

En el capítulo I, en la primera dimensión hacemos referencia a la existencia de factores normativos e institucionales que inciden en la insuficiencia de la protección social de la vejez, por su heterogeneidad y desarticulación en los subsistemas de protección social de la seguridad social en el nivel contributivo.

En el primer subsistema comprendemos la protección social de las personas, en cuanto a su derecho de la salud, como prestación en especie y la obtención de una pensión como prestación en dinero, con derechohabencia al IMSS y que se conocen como trabajadores formales del sector privado, cuyas regulaciones derivan del artículo 123 Constitucional, Apartado A, fracción XXIX y sus leyes reglamentarias.

El segundo subsistema, también incluido en este capítulo, lo enfocamos a la protección social de las personas, en cuanto a su derecho de la salud, como prestación en especie y la obtención de una pensión como prestación en dinero,

con derechohabencia al ISSSTE y que se conocen como trabajadores formales del sector público, cuyas regulaciones derivan del artículo 123º Constitucional, Apartado B, fracción XI y sus leyes reglamentarias.

En este segundo subsistema, integramos el análisis de la protección social del ISSFAM, cuya regulación deriva del artículo 123º Constitucional, Apartado B, Fracción XIII; así como los modelos de protección específicos para los trabajadores del IMSS, PEMEX y CFE, cuya reglamentación deriva de contratos colectivos de trabajo, que llamamos modelos desarticulados en la protección social, cuyo origen es anterior a 1943.

El capítulo II, lo vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada, relativa a la insuficiencia en la protección de la vejez en el subsistema de protección social en salud, por la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y relaciones de coordinación intra e interinstitucionales, entre órdenes de gobierno federal y local, para el acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona. En él, abordamos el tercer subsistema de protección social en salud, que enfocamos a la prestación en especie, consistente en la atención médica del derecho de la salud, e iniciamos con algunas de las disposiciones constitucionales y legales, de las que deriva este subsistema y el seguro popular de salud como brazo operativo del mismo, su origen y evolución.

Toda vez que este tercer subsistema carece de prestaciones en dinero, derivadas de un modelo pensionario de igual naturaleza a los modelos pensionarios previstos en los subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, nos referiremos a los programas federales IMSS Oportunidades y OPORTUNIDADES y su componente 70 y más, como programas específicos de apoyo focalizados a las personas viejas en este rango de edad, que derivan de los Planes Nacionales de Desarrollo 2001- 2006 y 2007-2012.

Asimismo, en este capítulo determinaremos, por región, entidad federativa y municipio las áreas geográficas donde se ubican las personas de 60 años o más a quienes se dirige este subsistema de protección. De igual manera, evidenciamos la fragmentación y dispersión en las relaciones de coordinación intra e interinstitucional en los ámbitos de gobierno federal y local, mediante un análisis

específico en las áreas metropolitanas con mayores concentraciones de población en general y del grupo de personas viejas, en el Distrito Federal y Monterrey, Nuevo León.

En el capítulo III, relativo al marco empírico, describimos instrumentos, procedimientos y selección para la comprobación teórica y del trabajo de campo, que vinculamos a, las dos dimensiones de la hipótesis planteada.

Desarrollamos mediante el análisis estadístico el acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, en los subsistemas de seguridad social en el nivel contributivo y del subsistema de protección social en salud, a través del seguro popular. Lo anterior, tanto en el nivel nacional regional y por entidad federativa.

Vinculados a los subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y del subsistema de protección social en salud, con enfoque en el acceso efectivo de la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, mostramos las conclusiones y hallazgos, del análisis cuantitativo y cualitativo de la percepción de la insuficiencia en la protección social de la salud, en el grupo de personas de 65 años y más, entrevistadas durante el trabajo de campo realizado en los meses de febrero y marzo de 2010, en el municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León.

Este trabajo de investigación culmina con algunas deducciones específicas relacionadas con el trabajo de campo, con las inferencias generales que relacionamos con las dos dimensiones de la hipótesis planteada, que consideramos necesario expresarlas en forma previa y finalmente con nuestra conclusión general, que vinculamos con la hipótesis y sus dos dimensiones.

PRIMERA PARTE

PROTECCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ EN EL  
CONTEXTO DEL ESTADO  
DE DERECHO

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

*La protección social de la vejez es –o debiera ser- un imperativo categórico de nuestra sociedad contemporánea, particularmente en los países como México donde el crecimiento no siempre ha ido de la mano del desarrollo. Lo cierto es que los avances de la ciencia han prolongado la vida del ser humano. E inclusive han variado los parámetros de conceptos como “vejez” o “senectud” y, en consecuencia, el grado de protección que a la misma debe otorgar el estado y la sociedad a través de una legislación justa y equitativa. Esto es parte de esta investigación doctoral.*

*Samuel Flores Longoria*

En la década de los 80's, laborábamos para la Universidad Autónoma de Coahuila, en la Oficialía Mayor, en el área de asuntos jurídicos. Entre las actividades encomendadas figuraban la atención personal y orientación legal para todos aquellos trabajadores de la universidad, académicos o administrativos, que estuvieran en los supuestos de pensionarse o de obtener una jubilación.

Lo anterior implicaba que estuviésemos en contacto con personas trabajadoras que habían cumplido un período de labores en la universidad, de entre 20 y 25 años de antigüedad laboral y cuyas edades oscilaban entre los 45 y 55 años de edad.

Desde nuestro punto de vista, los candidatos a obtener algún tipo de pensión, de manera especial, los trabajadores administrativos, en forma general, por la apariencia física, no se veían como personas con una edad para concluir con su vida laboral, es decir física e intelectualmente podían seguir siendo activas social, laboral y económicamente.

Es en este período cuando por vez primera nos cuestionamos el por qué las personas buscaban obtener una pensión, y por lo tanto retirarse de la vida laboral, no obstante que física e intelectualmente podían seguir laborando; es decir, por qué sin ser *personas viejas*, buscaban el retiro laboral, con independencia de que legalmente tuvieran derecho a ello.

Aquí es donde nos surgió el interés por el término *vejez* relacionado con el derecho del trabajo, y por ende con el derecho de la seguridad social. Ello nos motivó para cursar una maestría en derecho del trabajo y posteriormente el doctorado en nuestra *alma mater*, la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Así, al inicio de los 90's, al haber concluido la maestría en derecho del trabajo, nuestro desempeño laboral, además del académico, incursionó en el ámbito de la salud pública en el nivel nacional y estatal. Esta experiencia nos permitió estar en contacto con instituciones de seguridad social, con hospitales y clínicas o capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria, con el personal de estas instituciones y con aquellas personas que en la jerga de la salud pública se les denominaba *población abierta*.<sup>1</sup>

Es precisamente en esta aventura intelectual y fáctica en la salud pública, cuando nuestro interés por la seguridad social se acrecentó, en parte por la aprehensión de nuevos conocimientos en esta rama, relativos a indicadores como la población, sectores poblacionales, clasificación de la población por edad para la aplicación de programas de salud, tasas estadísticas de mortalidad infantil, de fecundidad o control de la natalidad, índices de esperanza de vida y lo relacionado con el envejecimiento de la población; conocimientos que además llevamos a la práctica, pues participamos en campañas estatales y nacionales de educación para la salud y prevención de enfermedades en distintos sectores de la población: niños, adolescentes, mujeres, personas con capacidades diferentes y usuarios de servicios de salud mental.

---

<sup>1</sup> Narro Robles, José. *La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1993, pp. 37-38. Dentro del término población abierta, se entiende a todas aquellas personas sin distinción de sexo y edad, que no se encuentren inscritas como derechohabientes o beneficiarios de los subsistemas de seguridad social en el nivel contributivo.

Llamó nuestra atención, que entre todos los sectores de la población abierta antes expresados, no visualizáramos un programa específico para las personas viejas, no obstante que en nuestro país desde agosto de 1979, se había creado el entonces Instituto Nacional de la Senectud, como un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud y Asistencia, que actualmente se denomina Instituto Nacional De Las Personas Adultas Mayores.<sup>2</sup> Lo anterior, porque en 1978 la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró al 28 de agosto como el *Día Internacional del Anciano*, y en diciembre de 1991 pronunció la resolución 46/91 en la cual se establecieron los principios en favor de las *personas de edad*. En nuestro país, en 1983, se estableció en el nivel nacional el 28 de agosto como el *Día del Anciano*, y a partir del 2002 como *Día del Adulto Mayor*.<sup>3</sup>

En materia de salud pública, entre las disciplinas relacionadas con el envejecimiento y la vejez, encontramos la gerontología y la geriatría. Como especialidades, en nuestro país, los estudios y programas de formación geriátrica iniciaron en 1985 en el Instituto Politécnico Nacional con la primer Maestría en Ciencias con orientación geriátrica; en 1986 en el Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE, la doctora Rosalía Rodríguez, arrancó el primer programa de gerontología; la UNAM incluyó en 1989 la asignatura de geriatría en la carrera de medicina y en 1993 el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo inauguró la especialidad de geriatría en la UNAM y a partir de 1994 la especialidad de geriatría en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición *Salvador Zubirán*.<sup>4</sup>

Es en esta década de los 90's, cuando el indicador o fenómeno sociodemográfico conocido como *envejecimiento de la población*, como proceso de desarrollo gradual entre los individuos humanos y en el colectivo demográfico, llamó nuestro interés, porque entre las personas, además del aspecto biológico, el envejecimiento acarrea cambios asociados no sólo a la edad, también a la

---

<sup>2</sup> Decreto de creación publicado en el Diario Oficial de la Federación, durante el sexenio de José López Portillo. Pensamos que la creación de este organismo, obedeció a los lineamientos en favor de las personas de edad, emitidos por la Organización de las Naciones Unidas y a la creación del día internacional del anciano, pues en el período de los 70's en nuestro país, el crecimiento del grupo de personas viejas no era relevante, pues iniciaban las campañas nacionales de planificación familiar.

<sup>3</sup>Véase: [http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Dia\\_del\\_adulto\\_mayor\\_](http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Dia_del_adulto_mayor_). Consulta en marzo de 2009.

<sup>4</sup> Leal Mora, David y Flores Castro, Miguel y Borboa García, Carlos. *La geriatría en México, Investigación en salud*. Diciembre, año/Vol. VIII, Núm. 003, México, 2006, pp. 185-190.

percepción que las personas tienen de sí mismas, y a la valoración que los demás les asignan, así como al papel que desempeñan en una sociedad.

Lo anterior nos motivó a estudiar y analizar las pirámides de población, y especialmente, el incremento en el número de las personas mayores de 60 años, que incide en la reversión de la pirámide poblacional; es decir, cómo la base ancha de la pirámide, constituida por personas jóvenes de los 18 a los 50 años de edad, se va reduciendo y la cúspide de la pirámide constituida por personas de 60 o más años de edad, se va ensanchando; así como la organización y funcionamiento del entonces INSEN; y a investigar en nuestro sistema jurídico, en las legislaciones en materia de seguridad social y de la salud.

En cuanto al termino *vejez*, debemos mencionar que en las diversas legislaciones en materia de seguridad social, que analizaremos en el capítulo I de la segunda parte de este trabajo de investigación que hemos denominado insuficiencia en la protección en los subsistemas de seguridad social en el nivel contributivo, sólo encontramos referencia a los términos de *cesantía en edad avanzada* y *vejez*, relacionados con los respectivos seguros de cesantía y de vejez, en los que el factor determinante para ser beneficiario de las prestaciones de estos seguros, atiende sólo a la edad laboral, pues en el supuesto de la primera se refiere a 60 años de edad y la vejez, a los 65 años, además del tiempo mínimo de cotización.

En el primer y segundo subsistemas de protección social de la seguridad social en el nivel contributivo, se otorgan derechos a prestaciones en especie, como los servicios públicos de salud y a prestaciones en dinero, como las pensiones; previo cumplimiento en los años de antigüedad laboral o tiempo de cotización y el requisito de la edad.

En el ámbito doctrinario, también advertimos un torbellino conceptual, pues son distintos y variados los términos utilizados para referirse a las personas viejas, entre ellos: ancianos, senecto, geronte, personas de edad, adulto mayor, adulto en plenitud, tercera edad, segunda juventud, senil, senescente y longevo. Esta variabilidad terminológica nos justifica para los efectos de nuestro trabajo de investigación, considerar necesario incluir en la primera parte de este trabajo, en el



capítulo III, un marco conceptual específico de la vejez, sus precisiones terminológicas y nuestra aproximación conceptual de vejez y personas viejas.

La diversidad en la utilización de los términos referentes a las personas viejas, nos llevó a deducir que era preferible utilizar tales términos, pues el término *viejo* o *vejez*, al parecer, denota un aspecto peyorativo hacia la persona, pues la connotación implicaba un “problema”; es decir, la vejez como sinónimo de enfermedad, dependencia, pobreza o exclusión social. Por ello nos dimos la tarea de aproximarnos no sólo al concepto de la vejez, también a relacionar dicho concepto con el derecho constitucional a la protección de la salud y a la seguridad social, en consecuencia con la perspectiva jurídica y con la realidad de la protección social de la vejez en nuestro país; ello constituye el hilo conductor de este trabajo de investigación. Aunado a todo lo anterior, es un requisito para la obtención del grado doctoral.

Si bien la edad parece ser un criterio apropiado para delimitar la vejez, la determinación de un cierto valor numérico está sujeta a arbitrariedades. Baste un ejemplo: quienes escribieron sobre la vejez, entre ellos Cicerón,<sup>5</sup> rondaba los 60 años; los citados por Simone Beauvoir,<sup>6</sup> más longevos, oscilaban entre los 84 y 88 años de edad, pues magistralmente refiere que a Víctor Hugo le gustaba leer su últimas obras a sus amigos y les decía: “... Señores,- les dijo una noche-, tengo 74 años y comienzo mi carrera...” y Miguel Ángel, tenía 88 años cuando murió.

En los términos anteriores, determinamos que utilizando el método deductivo, es conveniente iniciar este trabajo de investigación con los antecedentes, con un marco conceptual general en el que abordamos la protección social de la vejez en el contexto del Estado de Derecho y un marco específico, con referencia a algunas precisiones terminológicas con la vejez; pues el fenómeno del envejecimiento poblacional, el concepto de vejez y su protección social, así como nuestra hipótesis con sus dos dimensiones, las ubicamos como hilo conductor en el contexto del Estado Social de Derecho, pues no concebimos un Estado No Social, en nuestro sistema jurídico y en él comprendidos el Sistema Nacional de Salud y los

---

<sup>5</sup> Cicerón, Marco Tulio. *De La Vejez/de la amistad*, Trad, Vicente López Soto. Ed. Mateos, España, 2000.

<sup>6</sup> De Beauvoir, Simona. *La vejez*. Trad, Aurora Bernárdez. Ed. Hermes, México, 1983, pp. 607-616.

subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y del subsistema de protección social en salud, que delimitamos al período de 1970 a 2008.

En este contexto, en el marco del sistema jurídico de la protección social de la vejez, abordaremos las dos dimensiones de nuestra hipótesis; es decir, el vacío o ausencia del concepto de vejez y la existencia de factores normativos e institucionales heterogéneos y desarticulados que inciden en la insuficiencia de la protección social de la vejez; misma que se limita a la personas comprendidas y sujetas al nivel contributivo; es decir, en atención a un vínculo laboral y a su aportación económica en los sectores privado y público, que denominamos primero y segundo subsistemas de protección social de la seguridad social en el nivel contributivo y de los que derivan prestaciones en especie como el derecho de la salud y prestaciones en dinero como la pensión.

Así como el tercer subsistema de protección social de la salud, con enfoque al acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, a través del seguro popular de salud, porque la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y en las relaciones de coordinación intra e interinstitucionales entre órdenes de gobierno federal y local, inciden en la insuficiencia en la protección social de la salud de la vejez, en el nivel contributivo y no contributivo o asistencial.

Nuestro trabajo de investigación, la hipótesis y las dos dimensiones de la misma, las delimitamos al período de 1970 a 2008 por varias razones. Este período de más de treinta y cinco años, lo dividiremos en dos partes: la primera que va de los 70's a los 90's y la segunda que comprende de los 90's al 2008.

La primera, porque la mayor parte de las reformas que introdujeron derechos sociales al texto original de nuestra Constitución, fueron establecidas a partir de 1970, época en la que se inició la pérdida de legitimidad del régimen y las crisis económicas que impidieron al sistema dar satisfacción a los diversos actores políticos,<sup>7</sup> en ella se sucedieron cuatro gobiernos federales o regímenes presidencialistas, por la hegemonía del Partido Revolucionario Institucional en el

---

<sup>7</sup> Cossío, José Ramón. *Dogmática constitucional y régimen autoritario*. Ed. Fontamara, México, 2005, p.76.

poder. La de Luís Echeverría Álvarez de 1970-1976, cuyo período se caracterizó por el crecimiento de la intervención del Estado en las diversas áreas políticas, económicas y sociales; por el crecimiento de la deuda pública y la modernización de algunos sectores que permitieron un nivel modesto de apertura económica.<sup>8</sup> Se sucedió también una reforma legislativa importante, la creación de la segunda Ley del Seguro Social, que abrogó a la anterior de 1943. Esta nueva ley de 1973, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de abril del dicho año.

Los propósitos fundamentales de esta reforma legislativa fueron: ampliación en la cobertura de protección a la población; es decir, ampliar los sujetos de aseguramiento, tendencia del principio de universalidad de la seguridad social. Además de los trabajadores, se hizo extensiva a los “ejidatarios, comuneros, colonos, pequeños propietarios, no asalariados y trabajadores domésticos”; en ellas se distinguieron dos tipos de seguros: el obligatorio, que ya existía y el segundo denominado seguro voluntario en el que se incluyeron las figuras de la “incorporación y la continuación voluntaria, y los seguros adicionales”; además en los ramos asegurados en el de IVCM, se comprendió al seguro de vejez y al de cesantía en edad avanzada, con los requisitos de edad, respectivamente, de 65 y 60 años y un período mínimo de cotizaciones de 500 semanas, equivalente a diez años.

La importancia de esta nueva ley la resaltamos por la inclusión de las denominadas “prestaciones sociales” o seguros sociales que comprendían prestaciones sociales y servicios de solidaridad, promoción de la salud, educación, mejoramiento de alimentación y vivienda, actividades culturales y deportivas, centros vacacionales y velatorios; cuya finalidad era elevar el nivel de vida individual y colectiva.<sup>9</sup>

En este mismo período de gobierno, en el ámbito de la política social, y para cumplir con lo establecido en la Ley del Seguro Social de 1973, en 1974 se implementó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación

---

<sup>8</sup> López Ayllón, Sergio y Fix Fierro, Héctor. *Tan cerca tan lejos estado de derecho y cambio jurídico*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2002, p. 509.

<sup>9</sup> Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*. Ed. Harla, México, 1987, pp. 96 - 119.

Comunitaria COPLAMAR,<sup>10</sup> y se facultó al IMSS para cumplir con el objetivo del denominado régimen IMSS Solidaridad, de extender la seguridad social esencialmente en materia de salud y alimentación, así como las prestaciones sociales a núcleos de población sin capacidad contributiva, en extrema pobreza y profunda marginación.

En palabras de Néstor De Buen,<sup>11</sup> con el establecimiento en la Ley del Seguro Social de 1973, de los servicios y prestaciones sociales, se transita al seguro social, para proyectarlo hacia fines de asistencia social, de manera que se puede afirmar: “... *que se esta produciendo el tránsito del seguro social a la seguridad social...*” a través de los instrumentos y figuras incluidas en el nuevo régimen voluntario.

En el período sexenal de José López Portillo y Pacheco de 1976 a 1982, el desarrollo económico del país se basó esencialmente en la explotación de bancos petrolíferos y la obtención de créditos extranjeros; persistió el crecimiento de la intervención estatal, que en la materia de seguridad social, en lo que interesa, para el cumplimiento de llevar salud en todo el territorio, en 1979 se creó IMSS-COPLAMAR, como organismo continuador del denominado régimen IMSS solidaridad; y a finales de dicho período, mediante reformas legislativas, ante una crisis financiera por el desplome de los precios del petróleo en el nivel internacional, la economía mexicana entró en crisis aguda y esta circunstancia alejó la utópica promesa de que debíamos prepararnos para administrar la riqueza.

El desequilibrio externo quedó marcado por “una fuga creciente de capitales mexicanos hacia el exterior y por su magnitud sin precedentes: 2,958 millones de dólares en 1980 y 10,914 en 1981, el 1.6 por ciento y el 3.4 por ciento del PIB, respectivamente”.<sup>12</sup>

Ante las diversas devaluaciones del peso mexicano, se nacionalizó la banca privada.<sup>13</sup> Mencionamos esta política de nacionalización de la banca, por la relación

---

<sup>10</sup> Este programa es el antecedente de los sucesivos denominados IMSS-COPLAMAR (1983), IMSS Solidaridad (1989), PROGRESA (1996), e IMSS Oportunidades (2000), todos ellos dirigidos a sectores de población marginados o en pobreza, sin enfoque a las personas viejas.

<sup>11</sup> De Buen, Néstor. *Seguridad Social*. Ed. Porrúa, México, 1999, pp. 10-11.

<sup>12</sup> Tello, Carlos. *La Nacionalización de la Banca en México*. Ed. Siglo XXI, México, 1984, p.29.

<sup>13</sup> En el Diario Oficial de la Federación de 1 y 2 de septiembre de 1982, se publicó “el decreto que establece la nacionalización de la banca privada”, emitido por el presidente de la república, José López Portillo. El término correcto es expropiación de la banca.

que mantuvo con el fenómeno económico correlativo del proceso de la privatización de la banca en 1990 y la creación de la figura del “ahorro para el retiro” en 1992, como prestación laboral con cargo exclusivo para el patrón y como un mecanismo financiero para el desarrollo de la economía del país.

El marco constitucional vigente referente a la intervención del Estado en el desarrollo nacional y en la economía, está previsto en los artículos 25, 26, 27 y 28 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El artículo 25, constitucional determina que la rectoría económica le corresponde al Estado mexicano, quién tendrá como una de sus tareas más importantes, promover el desarrollo nacional. Define algunas particularidades del desarrollo nacional, como su carácter democrático. Delimita la participación del capital público, privado y social, en las actividades estratégicas y prioritarias, entre otros aspectos.

Para que el Estado lleve a cabo la rectoría del desarrollo nacional, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, le otorga el monopolio de los recursos naturales de la nación, artículo 27; el monopolio de las actividades estratégicas; define los criterios de participación del sector privado y social en las actividades prioritarias, en el artículo 28; permite la existencia de las entidades paraestatales para explotar las actividades estratégicas y prioritarias, en el artículo 90 y en el artículo 134 se proporcionan los instrumentos de política económica.

Como lo puntualiza Chapoy Bonifaz:<sup>14</sup> “Con el propósito de consolidar lo que implícitamente la Constitución ya le reconocía al Estado, en diciembre de 1982 se le atribuyeron facultades que confirmaron el principio de la rectoría económica del Estado, haciéndolo consistente con los instrumentos de política económica con que ya contaba para conducir la estrategia del desarrollo. En efecto, el manejo de las políticas monetaria de ingresos, de gasto público y de endeudamiento, le permite a cualquier gobierno conducir la política económica; y a esto, en México, se une la propiedad originaria de las tierras y aguas dentro del territorio nacional, y el dominio directo de los recursos naturales del subsuelo, de la plataforma continental y de los zócalos submarinos de las islas”.

---

<sup>14</sup> Chapoy Bonifaz, Dolores Beatriz. *Planeación, Programación y Presupuestación*. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2003, p.13.

La época de Miguel de la Madrid Hurtado 1982-1988, la inicia con el evento de la nacionalización o expropiación de la banca y persistía en el país una grave situación económica, que empeoraba ante los compromisos de la deuda externa. En lo que nos interesa, se inició en este período mediante reformas constitucionales, el retiro del sector público de actividades no consideradas como estratégicas; se redefinió la participación directa del Estado como productor de bienes y servicios en la economía y se inició el proceso de privatización de empresas públicas.

En el período de 1983 a 1987, se concluyó la venta de más de 60 empresas de tamaño medio y pequeño y para 1987, el sector industrial paraestatal mantuvo actividad sólo en 13 de las 28 ramas productivas en las que intervenía; en 1982, se retiró de la rama automotriz, farmacéutica, petroquímica secundaria y otras de manufacturas como textiles y refrescos embotellados.<sup>15</sup> Se le conoce como el período del redimensionamiento del sector paraestatal, y el paso del Estado propietario al de un Estado promotor y solidario. En este mismo período, en 1983, se elevó a rango constitucional el derecho de la salud, como derecho social.

En el segundo período comprendido de los 90's a 2008 se distinguen para los efectos de nuestro trabajo de investigación los siguientes sucesos legislativos, políticos, económicos y sociales: a partir de los 90's, el incremento en el número de las personas viejas y en consecuencia, el fenómeno del envejecimiento poblacional derivado de indicadores sociodemográficos como la baja en los índices de fecundidad y mortalidad y el incremento en la esperanza de vida.

El período sexenal de Carlos Salinas de Gortari, de 1988 a 1994, se caracterizó por la construcción de una nueva economía a partir del denominado liberalismo social y la nueva cultura industrial; liberalismo social mexicano en el que se desarrolló una estrategia con tres dimensiones: 1. Una modernización económica que aún descansa en la ampliación del juego de mercado, la apertura, la desestatización de la economía, eliminación de la sobreprotección y la sobre regulación económica; 2. Una nueva política social no inflacionaria soportada en finanzas públicas sanas y en un gasto social no de subsidio, sino de incentivo a la

---

<sup>15</sup> Villarreal, Rene. *Liberalismo Social y Reforma de Estado*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1993, pp. 234-235.

producción y 3. Una concertación o pacto político entre los sectores económicos para continuar con el programa de estabilización e impulsar la transformación macroeconómica en las empresas.<sup>16</sup> Asimismo, en el aspecto político, dio inicio un proceso cuya manifestación visible fueron las elecciones cada vez más competitivas.<sup>17</sup>

Este período sexenal se caracterizó también porque el Estado, se retira de su participación en otras áreas estratégicas pues, entre 1988 y octubre de 1992, el número de empresas paraestatales se redujo en 191, pasó de 412 a 221; entre las ventas importantes se produjeron las de Telmex, cuyos ingresos alcanzaron un valor de casi 12 mil millones de dólares, que se utilizaron para amortizar deuda interna y externa y permitieron una elevación del gasto social; de allí el término del “redimensionamiento estatal”, por el paso del Estado propietario al Estado promotor y solidario.<sup>18</sup>

En mayo de 1990, el entonces presidente Salinas de Gortari anunció que se privatizaría la banca. En el mismo mes y año el Secretario de Hacienda, Pedro Arce, anunció que el gobierno se desprendía de la banca porque no se justificaba que el Estado poseyera esos cuantiosos recursos “mientras exista la incuestionable e impostergable obligación de dar respuesta positiva a las enormes responsabilidades sociales”.<sup>19</sup> Mientras la privatización de la banca en México, causó alboroto entre los capitalistas nacionales e interés y aprobación de los representantes extranjeros en México, la sociedad en su conjunto fue ajena a tal medida, pues no fue consultada. El poder legislativo aprobó la desnacionalización después de catorce horas en la Cámara de Diputados.<sup>20</sup>

Durante este mismo sexenio, en febrero de 1992, se creó el denominado *SEGURO PARA EL RETIRO*. El ahorro privado interno era una fuente de inversión, que a su vez constituía un motor de crecimiento económico, mismo que garantizaba no sólo la creación de empleos formales y estables, también fuentes de bienestar; de

---

<sup>16</sup> Ibidem. p. 240.

<sup>17</sup> López Ayllón, Sergio, Fix Fierro, Héctor. *Tan cerca tan lejos Estado de Derecho y Cambio Jurídico*. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2002, pp. 509-510.

<sup>18</sup> Villarreal, Rene. Ob. cit, pp. 233-236.

<sup>19</sup> Soto, Luís. *Acciones y Reacciones*. Ed. El Financiero, México, 1991.

<sup>20</sup> Véase: decreto de privatización de la banca, publicado en el Diario de la Federación de 27 de junio de 1990.

manera que si en nuestro país el ahorro interno había caído de manera alarmante, porque el crecimiento económico se había basado en el ahorro externo -volátil y especulativo- entonces era necesario fomentar el ahorro interno nacional; nace así, el *seguro para el retiro*, concebido para los trabajadores que dejaran de ser laboralmente activos; eso era en síntesis el SAR original de 1992.<sup>21</sup>

Figura ésta, que como una prestación laboral ligada al subsistema de la seguridad social y en forma concreta al modelo pensionario, involucraría toda una serie de reformas legislativas que se iniciarían con la creación de la Ley para la Coordinación del Ahorro para el Retiro, posteriormente Ley para los Sistemas de Ahorro para el Retiro; y las adecuaciones posteriores en las leyes en materia de seguridad social en nuestro país.

También en este período sexenal, se iniciaron los estudios estadísticos y actuariales del modelo de financiamiento del IMSS, lo que con posterioridad daría lugar a la creación del documento “Diagnostico Situacional del IMSS”, y con ello se sentarían las bases para el proyecto de una nueva Ley del Seguro Social, en la que se adecuaría lo relacionado con la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

En el aspecto político, observamos la creación del PRONASOL, que desde nuestro punto de vista tenía ya algunos antecedentes desde el período de Echeverría Álvarez, y se enfocaba a determinados grupos de la población en pobreza y pobreza extrema, así como a indígenas, campesinos y grupos serranos; en dicho programa se incluían beneficios de carácter social en materia de salud y alimentación, sin focalización a las personas viejas.

Durante el período de gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León, de 1994 – 2000, lo que al tema interesa, destacamos que en materia de seguridad social o de asistencia social, el programa IMSS SOLIDARIDAD, que inició en los 70s como IMSS COPLAMAR, después PRONASOL, se convirtió en PROGRESA, con la finalidad de afrontar importantes rezagos del medio rural, en materia de salud, educación y desnutrición.

---

<sup>21</sup> Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Nuevo Derecho de la Seguridad Social*. Ed Porrúa, 5ª, México, 2001, p. 590.



En materia legislativa, entró en vigor la Ley del Seguro Social, que identificaremos como Nueva Ley del Seguro Social 1995-1997, pues fue aprobada en 1995 y entró en vigor en 1997 e incorpora las figuras creadas en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, lo que implicó modificaciones a los modelos pensionarios del subsistema seguridad social en el nivel contributivo; de seguros sociales a seguros privados o híbridos y de una transición normativa de la seguridad social al derecho mercantilista, por la creación y aplicación de leyes en esta materia y sustitución del modelo de reparto por un modelo de capitalización individual.

Al concluir este período, las elecciones del 2 de julio del 2000 pusieron fin a más de 70 años de gobierno de un partido hegemónico y representaron el fin simbólico de un régimen de gobierno basado en la autoridad de un sólo hombre, es decir, del presidencialismo.<sup>22</sup>

Estas elecciones del 2000, llevaron a la presidencia de la República a Vicente Fox Quesada, en el período 2000-2006. En el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006,<sup>23</sup> de este gobierno sexenal, nos interesa resaltar que por vez primera, se abordaron temas relacionados con la transición demográfica, las transformaciones en el tamaño de la población, en la estructura por edad y los datos estadísticos relacionados con la mortalidad infantil, las tasas de fecundidad y la esperanzas de vida; asimismo el rubro denominado “bono demográfico”, en el que se resaltó, que el grupo de adultos mayores de 65 años o más, registró una tasa de crecimiento insólita en la historia demográfica de México, de más del 3.7 por ciento anual, y que podría alcanzar ritmos acelerados cercanos al 4.6 por ciento en el 2020, de manera que el crecimiento de este grupo etéreo tendría como consecuencia un impacto social y económico que exigiría cuantiosos requerimientos de recursos para proporcionar pensiones suficientes. De este PND emanó el Programa Nacional de Salud para dicho período, así como las reformas legales a la LGS en mayo de 2003, que dieron origen al SPSS.

El 6 de marzo de 2002, como parte de la política social del gobierno federal para promover estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud y la

---

<sup>22</sup> López Ayllón, Sergio, Fix Fierro, Héctor. *Tan cerca tan lejos estado de derecho y cambio jurídico*. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2002, pp. 509-510.

<sup>23</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación de 30 de mayo de 2001.

alimentación, se renombró al PROGRESA como Programa Desarrollo Humano y Oportunidades –PDHO- En este contexto, el Consejo Técnico del IMSS aprobó el cambio de nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades, porque contempla el componente salud a los beneficiarios del PDHO, también enfocado a sectores de la población marginados, en pobreza y pobreza extrema.

En este período foxista, observamos la creación normativa de la Ley de los Derechos de la Personas Adultas Mayores,<sup>24</sup> en ella se precisa que se entiende por persona adulto mayor, la que tiene 60 años o más, con residencia o en tránsito en el territorio nacional, que nos interesa como legislación federal específica de derechos de las personas viejas.

En el período actual de Felipe Calderón Hinojosa, que se inició en el 2006, en lo que interesa, en materia de seguridad social, son las reformas legislativas a la Ley del ISSSTE,<sup>25</sup> para su adecuación al sistema de ahorro para el retiro y la sustitución del modelo pensionario de reparto por el de capitalización individual. Después de un breve período de discusión en el Congreso de la Unión, en menos de diez días, se cambió sustancialmente el seguro social de los trabajadores al servicio del Estado, afiliados al ISSSTE, pues esta ley entró en vigor el día primero de abril de 2007, y que identificamos en el segundo subsistema de protección a la seguridad social en el nivel contributivo.

Existen criterios diversos respecto de esta nueva ley. Algunos incluyen aspectos positivos y otros negativos, que analizaremos y desarrollaremos en el capítulo I de la segunda parte de este trabajo de investigación. Entre ellos destacamos que en el régimen obligatorio, en la atención médica preventiva, se comprende una figura que se denomina *envejecimiento saludable* en los términos del artículo 34, fracción XII de dicha ley.

En lo que interesa al objeto de estudio de esta investigación nos enfocaremos al seguro de retiro, CEA y vejez, que constituye el cambio medular, en esta nueva ley. En ella se crea la figura del PENSIONISSSTE, que administrará las cuentas individuales de los trabajadores durante los treinta y seis meses posteriores a su

---

<sup>24</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 25 de junio de 2002.

<sup>25</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 31 de marzo de 2007 y que abrogó la anterior Ley de 1983.

creación, una vez concluido el plazo, podrán elegir cambiar su cuenta a un AFORE y el PENSIONISSSTE podrá recibir el traspaso de las cuentas individuales de trabajadores afiliados al IMSS, artículo vigésimo quinto transitorio.

También destacamos que en el PND 2007-2012 del actual gobierno, se prevé la construcción de un “Sistema Nacional de Pensiones”, en el cual la reforma a la ley del ISSSTE vigente, se dice, contribuirá a dicho sistema, en términos generales y en forma específica por la creación de la figura *portabilidad* de las cuentas individuales, entre el modelo pensionario previsto en esta nueva ley y en la nueva Ley del Seguro Social; así como las reformas y adecuaciones de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, y la transformación de los modelos de reparto, por los de capitalización individual.

En materia de política social, se destaca el nuevo componente del Programa Oportunidades “Apoyo a Adultos Mayores”, que consiste en brindar ayuda monetaria a los adultos mayores de 70 años o más, integrantes de familias afiliadas al Programa Oportunidades; este componente pretende cubrir, en el nivel nacional a 970 mil adultos mayores que se encuentran en pobreza alimentaria y de capacidades.<sup>26</sup>

Lo expuesto con anterioridad, constituye algunas de las razones del por qué delimitamos nuestro trabajo de investigación al período 1970-2008, pues ellas implicaron importantes cambios jurídicos, políticos, sociales y económicos y el tránsito de un modelo de Estado Social de Derecho a un modelo de Estado de Liberalismo Social, es decir, al redimensionamiento de un Estado propietario a un Estado promotor y solidario, sin dejar de ser un Estado de Derecho.

Para mantener el hilo conductor de nuestro trabajo de investigación, en este capítulo de antecedentes, en relación con nuestra aproximación conceptual en el término *vejez*, queremos compartir en el ámbito de los subsistemas de protección social de la misma, la optimista idea de Victoria Camps,<sup>27</sup> para la comprensión de la

---

<sup>26</sup> Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades 2006. Véase: [http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs\\_eval\\_2006.php](http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs_eval_2006.php). Consulta diciembre de 2008.

<sup>27</sup> Catedrática de ética en la Universidad POMPEU Fabra, Barcelona, *Revista rev mul gerontol.*, Barcelona, 2003, pp. 267-270.

vejez y entendemos este término no en forma peyorativa, sino como una etapa de vida con calidad, a la que algún día llegaremos. Por ello nos gustaría hacer referencia a dos textos, uno de Norberto Bobbio, filósofo del derecho, que al cumplir los 80 años escribe un librito estremecedor con el ciceroniano título *De senectute* y el otro de la premio nobel de medicina 1986, Rita Levi Montalcini, quien escribió el libro *El as en la manga*.

En el *De senectute* de Bobbio se lee:

*“La sabiduría para un viejo consiste en aceptar resignadamente los propios límites. Pero para aceptarlos, hay que conocerlos. Para conocerlos, hay que buscar alguna razón que los justifique. No he llegado a ser un sabio. Los límites los conozco bien, pero no los acepto. Los admito únicamente porque no tengo mas remedio. Diré con una sola palabra que mi vejez es la vejez melancólica, entiendo la melancolía como la conciencia de lo que no he conseguido ni podré conseguir. Es la imagen de la vida como una calle donde la meta siempre está más lejos y, cuando creemos que la hemos alcanzado, no es la que habíamos pensado como definitiva. La vejez se convierte entonces en el momento en que nos damos cuenta de que el camino no sólo no está realizado, sino que ya no hay tiempo para realizarlo y hay que renunciar a conseguir la última etapa.”*

En *El as en la manga*, Levi Montalcini, replicando a Bobbio expresa:

*“Pienso al contrario que Bobbio, que no debemos vivir la vejez recordado el tiempo pasado sino haciendo planes para el tiempo que nos queda, tanto si es un día, un mes o unos cuantos años con la esperanza de poder realizar unos proyectos que no pudieron acometerse en los años de juventud”.*

La sinceridad de Bobbio en el texto antes transcrito no sólo es amarga, es también desalentadora. Por el contrario, el optimismo desborda en el texto de Montalcini. Ver la vejez y su protección, no como una problemática, sino como una oportunidad, es un reto no sólo individual, también colectivo, que se nos plantea en nuestra sociedad cada vez más envejecida.

En nuestro trabajo de investigación, abordamos la protección social de la vejez en el contexto del Estado de derecho, en el modelo Estado Social de Derecho,

dentro del principio constitucional de los derechos fundamentales, por ello consideramos conveniente un marco conceptual general y un marco conceptual específico referente sólo a algunas precisiones terminológicas de la vejez y nuestra aproximación en el concepto de vejez, visualizándola además del aspecto normativo o jurídico en los subsistemas de protección social, también en el aspecto de la realidad social; es decir, de aquellas personas viejas con o sin acceso a los servicios de salud y de la seguridad social, en los subsistemas de referencia, en el período de 1970-2008, para concluir que en México, por hoy, es insuficiente la protección social de la vejez.

Asimismo, que la protección social de la vejez ocupa, por hoy, una posición marginal, pues hemos advertido que, salvo la creación del INSEN en 1979, que atendió al Día Internacional del Anciano,<sup>28</sup> no apreciamos una temática específica y enfocada a la protección social de la vejez, en cuanto al derecho de la salud y la seguridad social, con excepción, en 1983, al establecerse en el nivel nacional, el 28 de agosto, como el “Día del Anciano” y a partir del 2002 como “Día del Adulto Mayor”.<sup>29</sup> Así como el marco legal referente a los subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, mediante los seguros de retiro, CEA y vejez, contenidos en las leyes federales en materia de seguridad social reglamentarias de las fracciones XXIX, Apartado A, XI y XIII, Apartado B, del artículo 123 constitucional y el derecho de la salud a partir de 1983 en el artículo 4º de la Constitución, así como la reforma a la LGS en mayo de 2003, de la que derivamos el tercer subsistema de protección social en salud.

También en las referencias en el período comprendido de finales de los 90's y en el 2000, por la creación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y los programas de política social del gobierno federal, dirigidos a los adultos mayores o personas viejas, con énfasis a los comprendidos en los grupos de población vulnerable, marginados, en pobreza y pobreza extrema, derivados de los PND 2001-2006 y 2007-2012. De estos PND, derivaron Programas Nacionales y

---

<sup>28</sup> Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Número 31 Volumen 23, Semana 31, de 30 de julio al 5 de agosto 2006. Véase: <http://www.salud.gob.mx/unidades/epide>. Consulta diciembre de 2009.

<sup>29</sup> Véase: [http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Dia\\_del\\_adulto\\_mayor\\_](http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Dia_del_adulto_mayor_). Consulta diciembre de 2009.

Sectoriales de Salud para dichos período; y del primer período la reforma a la LGS en mayo de 2003 que constituye nuestro tercer subsistema de protección social en salud y del PND actual, algunos planes específicos relativos a la investigación del envejecimiento.

En los capítulos siguientes de esta primera parte, abordaremos el marco conceptual general y el específico que hemos expresado anteriormente.

CAPÍTULO II  
MARCO CONCEPTUAL GENERAL

## A. Evolución del Estado de Derecho y la protección social

### 1. *Nociones previas*

Consideramos importante analizar la evolución del Estado de Derecho en nuestro país a la luz de la Constitución vigente y vincular el Estado de Derecho con la protección social de la vejez. Lo anterior porque los Constituyentes de 1916-1917 fueron los que sentaron las bases del constitucionalismo social. Además, porque de la promulgación de nuestra Constitución de 1917 al período de 1970-2008, han transitado en nuestro sistema jurídico diversos modelos de Estado de Derecho, modelos que abordaremos en este capítulo.

Cabe que expresemos que en el modelo liberal heredado de la Constitución de 1857 y prolongado aproximadamente hasta 1950, se caracterizó porque en los aspectos políticos, sociales y económicos la intervención del Estado fue casi nula y las actividades en nuestro país en dicho período eran primordialmente rurales, pues la transición de una sociedad agrícola a una semindustrial o industrializada se inició en nuestro país a finales de 1950 en el período de gobierno de Ávila Camacho. Lo anterior, no obstante que a partir de 1990 retoman auge las corrientes denominadas neoliberales.

En relación con el modelo central que se evidenció con la instauración de Porfirio Díaz en el poder en 1876 y continuó hasta 1910, como consecuencia de la hegemonía de un partido único en el gobierno, conocido como sistema presidencialista. Lo que destacamos en este modelo es la promulgación de la primera Ley del Seguro Social y la creación del IMSS en 1943, durante el sexenio del



presidente Manuel Ávila Camacho; no obstante la promulgación de dicha ley, los proyectos de ésta iniciaron durante el sexenio de Lázaro Cárdenas, pues es con sus políticas sociales, con las que se transita al inicio de un modelo de Estado Social y se patentiza una intervención por parte del Estado, a través del gobierno federal en los ámbitos políticos, laborales, sociales y económicos en el país.

El modelo de Estado Social se caracteriza por la amplia intervención del Estado en los procesos de desarrollo político, social y económico. En este último ámbito, mediante la rectoría económica del Estado y en el social, a partir de 1973, con la promulgación de la segunda Ley del Seguro Social y la creación de las prestaciones sociales; y en 1983, mediante la reforma legislativa que elevó a rango constitucional el derecho de la salud, así como las diversas reformas en materia de seguridad social, creándose los preceptos constitucionales en materia de salud, seguridad social y en la materia económica, que es cuando toman la forma y dimensión actual, y están insertos en los artículos 4º, 123º, 25º, 26º, 27º y 28º de la Constitución vigente.

Es en este modelo social donde afirmamos que nace la seguridad social, mediante la creación de los seguros sociales, la ampliación de cobertura de los servicios de salud en beneficio de la población mexicana y también, en forma paradójica, por otra parte, donde a partir de 1990 se inició una contracción o reducción de los niveles de protección en el ámbito de la seguridad social y un enfoque del derecho de la salud, mediante políticas sociales de protección dirigidas de manera preferente a grupos vulnerables en pobreza o pobreza extrema. De allí que sea en este modelo donde abordamos la protección social de la vejez; además, porque el fenómeno del envejecimiento poblacional se ha acentuado durante las últimas tres décadas.

En los modelos de Estado liberal y central, en términos generales, no encontramos dispositivos legales o políticas sociales dirigidos a la protección social de la vejez. Tampoco advertimos una tutela legal de la misma, quizá porque el fenómeno del envejecimiento de la población empieza a llamar más la atención, a partir de 1990.

En cuanto a la idea “Estado de Derecho”, implica una relación determinada entre Estado y el derecho. Pensamos: de qué tipo o modelo de relación se trata. El Estado moderno cuyo origen se suele situar en el Renacimiento europeo, tiene al derecho,<sup>1</sup> como la condición necesaria del Estado y así mismo al Estado como la necesaria condición del derecho.

Ello es así debido a que, el derecho “es la forma de manifestación necesaria de todo poder permanente” y porque “*todo poder político es poder jurídicamente organizado*”.<sup>2</sup> Heller, afirmó que el Estado es una realidad social, cultural y jurídica que está sometida a criterios jurídicos suprapositivos, por lo que sin la forma del derecho el Estado no tendría poder ni legitimidad y concibió al derecho como *un orden social establecido por el orden de la comunidad a fin de limitar la conducta interna; es decir, la conducta social de los entes dotados de voluntad*.<sup>3</sup>

La expresión *Estado de Derecho* pensamos que no es admitida por Kelsen, para quien existe identidad entre el orden estatal y el orden jurídico, ya que *todo estado tiene que ser estado formal puesto que todo estado tiene que constituir un orden coactivo... y todo orden coactivo tiene que ser un orden jurídico*.<sup>4</sup> Para Kelsen, todo Estado es un Estado de Derecho, porque un Estado no sujeto a derecho es impensable.

El poder crea derecho, pero éste establece las condiciones de su ejercicio, de manera que desde este punto de vista podemos afirmar que el Estado,<sup>5</sup> es el Estado de Derecho.

Sin embargo, el concepto *Estado de Derecho* tiene un contenido ideológico y axiológico más preciso, que procede de un movimiento histórico determinado: la lucha de la burguesía en ascenso contra el estado absolutista, durante el siglo XVIII

---

<sup>1</sup> Heller, Hermann. *Teoría del Estado*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1942, p.208

<sup>2</sup> Ibidem pp. 210-211

<sup>3</sup> Heller, Hermann. Ob.cit. pp. 246-250

<sup>4</sup> Kelsen, Hans. *Teoría General del Estado*, 2ª, Trad. Luis Legaz Lacambra. Ed. Coyoacán, México, 2005, pp. 3-6. Véase también Carbonell Miguel, Orozco, Wistano, Vázquez, Rodolfo, Coord. *Estado de Derecho, Concepto, Fundamentos y Democratización en América Latina*. Ed. Siglo XXI, México, 2002, p.137

<sup>5</sup> Palacios, Alejandro. *Teoría General del Estado*, México. Ed. Miguel Ángel Porrúa, p.10

europeo.<sup>6</sup> De este Estado de Derecho se pretende obtener la garantía jurídica de algún derecho como la propiedad y la garantía fundamental del ser humano.

La doctrina posterior ha seguido desarrollando una idea del Estado. Así, por ejemplo, es usual hacer la distinción entre los conceptos *formal* y *material* del Estado de Derecho; *formal* cuando se trata de las formas entre las cuales debe actuar dicho Estado; *material* si se hace referencia al contenido de su actividad.<sup>7</sup>

En este contexto hacemos referencia como un elemento o un principio del Estado de Derecho, entre los derechos fundamentales, el de la vida, la salud y la seguridad social y en estas últimas, la protección social de la vejez.

Para Ferrajoli,<sup>8</sup> el Estado de Derecho ha atravesado tres grandes momentos históricos, que pueden ubicarse en un esquema que va desde el modelo paleoiuspositivista, el neoiuspositivista y un tercer modelo conocido como globalización en el terreno de la economía. El primero de ellos implica la base del nacimiento del Estado Moderno y su ejercicio esta fundado en el monopolio de la norma jurídica. El neoiuspositivista aparece después de la Segunda Guerra Mundial como consecuencia de las crisis que se dieron a lo largo de la guerra, tiene su partida en los controles constitucionales y en la fuerte intervención del poder judicial como mecanismo para resolver el principio de supremacía constitucional, por encima del principio de legalidad. El tercer modelo se encuentra en diseño por el autor italiano, en el que incluye una intervención mayoritaria de organismos internacionales que permitan la defensa de los derechos de los individuos sin el menoscabo de las garantías reconocidas por los Estados.

Coincidimos con Ruiz Valerio,<sup>9</sup> quien sostiene que la idea que subyace en el Estado de Derecho, es la limitación del poder estatal para evitar los excesos que pueden surgir en la creación de una norma, de sus contenidos y en su aplicación, especialmente en la creación y ejecución de la norma; de allí el establecimiento de garantías e instancias jurídicas que tiendan a proteger a los ciudadanos, sus

---

<sup>6</sup> Véase Zippelius, Reinhold. *Teoría General del Estado*, Trad. Fix Fierro, Héctor. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 1985, pp. 309-313

<sup>7</sup> Zippelius, Reinhold. Ob.cit.

<sup>8</sup> Ferrajoli, Luigi. *Garantismo, Una discusión sobre derecho y democracia*. Madrid, 2006, p.97

<sup>9</sup> Torres Estrada, Pedro. *Comp. Neoconstitucionalismo y Estado de Derecho, Estado de Derecho: el principio democrático vs el control jurisdiccional en América Latina*. Ed. Limusa, México, 2006, pp.186-187

derechos y libertades; de tal manera que los derechos fundamentales constituyen la razón de ser del Estado de Derecho. Porque es en el principio de los derechos fundamentales, donde ubicamos el derecho a la vida, de la salud y de la seguridad social de las personas, en cuya protección centramos el hilo conductor de nuestro trabajo de investigación.

En cuanto a las funciones del Estado y para los efectos de nuestro trabajo de investigación, nos ubicamos en la función legislativa y en la función ejecutiva, apoyándonos en Riccardo Guastini,<sup>10</sup> para quien el Estado cumple con tres y sólo con tres funciones: la legislativa, referente a la producción de normas generales; la jurisdiccional, que consiste en verificar en concreto la violación de tales normas y la ejecutiva, que incluye toda acto individual y concreto que no pertenezca a las dos funciones anteriores. Decimos que es en la función legislativa en cuanto a la creación de las normas que conforman el sistema jurídico en materia del derecho de la salud y de la seguridad social; y ejecutiva, en relación con la materialización de las funciones, políticas, programas y acciones sociales, a través del gobierno federal en dicha materia.

En los términos del diccionario jurídico,<sup>11</sup> el Estado de Derecho alude a aquel Estado cuyo poder y actividad están regulados y controlados por el derecho. La expresión *rechtsstaat* en su sentido moderno, para referirse al Estado de Derecho, fue acuñada por el alemán Roberto Von Mohl, quien utilizó por primera vez, durante el tercer decenio del siglo veinte. Se sostiene que la influencia del constitucionalismo liberal burgués provocó que la expresión *Estado de Derecho* se identificara con un ideal político específico y se utilizara para designar cierto tipo de Estado que se consideraba, cumplía con las exigencias de la democracia y de la seguridad jurídica.

Así, el calificativo de *Estado de Derecho* se asignó al sistema que contempla determinadas instituciones jurídicas acordes con el ideal burgués; la distribución y control de poder entre varios detentadores; la supremacía de la constitución; el sometimiento de la administración a la ley; la vigencia de un control adecuado, y el

---

<sup>10</sup> Guastini, Ricardo. *Estudios de teoría constitucional*, Present. Carbonell, Miguel. Ed. Fontamara, México, 2001, pp. 60-61

<sup>11</sup> *Diccionario Jurídico Mexicano*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, Ed. Porrúa, México, 2005, Tomo D-H, pp. 1564-1565

establecimiento de ciertos derechos y libertades fundamentales, así como medidas encaminadas a la limitación y “racionalización” del poder sobre todo del derecho.

Sin duda, es difícil una conclusión definitiva sobre la idea Estado de Derecho en México, sin una profunda reflexión sobre las funciones que desempeña el derecho en nuestro país. Compartimos al respecto el criterio con López Ayllón y Fix Fierro, que en nuestro país el derecho desempeña varias funciones, porque la realidad social y jurídica es heterogénea, dinámica y compleja.<sup>12</sup>

Así mismo concordamos con Eraña Sánchez,<sup>13</sup> respecto a la idea del estado de derecho en su versión contemporánea, en la que ciertos ordenamientos integran los principios del *Estado de Derecho*, del *Estado Democrático* y del *Estado Social*, principios que se han perfeccionado en el sentido de *hacer derivar del mismo una impugnabilidad general ante los órganos jurisdiccionales de los actos de los poderes públicos, incluso de aquellos que tienen carácter legislativo o político. Se aspira así a tener un control más profundo de los procedimientos de la formación de la voluntad popular y una mayor garantía de los derechos de los ciudadanos.*

En un Estado de Derecho, en atención a la realidad social, jurídica, política y económica, puede transitarse por diversos tipos o modelos de Estado, como el liberal, el central y el Estado Social de derecho; tipologías que consideramos transitaron en nuestro derecho mexicano a partir de nuestra Constitución vigente y que analizaremos a continuación.

Resaltamos que respecto a las tipologías del Estado, Bobbio,<sup>14</sup> sostiene que son tan variables y cambiantes que es difícil una exposición completa; pero que se pueden distinguir diferentes formas de Estado en atención a dos criterios principales: el histórico –estado feudal, estamental, absoluto y representativo- y en lo que interesa, el criterio referente a la mayor o menor expansión del Estado frente a la sociedad –basado en diversas ideologías- en este último criterio, es en la esfera económica en la que pueden observarse las figuras del Estado Intervencionista,

---

<sup>12</sup> López Ayllón, Sergio, Fix Fierro, Héctor. *Tan cerca tan lejos Estado de Derecho y Cambio Jurídico en México*. Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. México, 2000, pp. 595-597

<sup>13</sup> Eraña Sánchez, Miguel Ángel. *La protección constitucional de las minorías parlamentarias*. Ed Porrúa, México, 2004, p. 2

<sup>14</sup> Bobbio, Norberto. *Estado, Gobierno y Sociedad*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1989, pp. 158-177

renacido en el Welfare State, en el cual se adjudica el derecho a regular la producción de bienes, distribución de la riqueza y en general imprime una dirección al conjunto de la actividad económica del país, de manera que, el Estado que asume la tarea de dirigir la economía reapareció bajo la forma de Estado Socialista o Estado Social o Estado de Justicia; y el que omite tal intervención, como Estado Abstencionista.

En cuanto a la concepción positiva del Estado, en relación el problema de la crisis de Estado, coincidimos con Bobbio,<sup>15</sup> en cuanto al término *crisis de Estado*: “*que por crisis del estado se entiende, de parte de los escritores conservadores, crisis del estado que reconoce que no puede hacer frente a las demandas que provienen en el mismo; de parte de los escritores socialistas o marxistas, que ya no logra dominar el poder de los grandes grupos de interés en competencia entre sí. Crisis del estado, quiere decir de una parte y de otra, crisis de un determinado tipo del Estado, no terminación del Estado.*”<sup>16</sup>

Por lo tanto, hablar de la crisis actual, del modelo de Estado Social, no implica la existencia de un modelo *no social de estado*,<sup>17</sup> ya que en la actualidad, en los países desarrollados o en vías de desarrollo no hay Estado que no intervenga, de una u otra forma en el proceso o desarrollo económico. En el derecho constitucional en España, como lo expresa Figueruelo Burrieza, el principio constitucional *estado social*, debe tener un contenido mínimo que debe ser protegido y preservado inclusive frente al legislador y debe ser extraído de la conexión de dicho precepto con otros preceptos constitucionales mediante una interpretación sistemática.

Respecto a nuestra idea del derecho compartimos con Miguel Reale,<sup>18</sup> su Teoría Tridimensional del Derecho, en la que se admite la interacción dinámica de los elementos que la integran a saber el hecho, la regla o norma y el valor o interés protegido. En cuanto al derecho como norma, este trabajo de investigación lo

---

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> Las cursivas son nuestras. Las resaltamos para efecto de su relación con la llamada “crisis del Estado Social”, como modelo de Estado, y de ninguna manera con la crisis del Estado de Derecho.

<sup>17</sup> Figueruelo Burrieza, Ángela. *La protección constitucional de las personas mayores*. Conferencia pronunciada en la Universidad de Salamanca, España; en las jornadas “los mayores ante el derecho” el 19 de noviembre de 2003. UNED. *Teoría y realidad constitucional*. Núm. 14. segundo semestre 2004, pp. 345-357

<sup>18</sup> Reale, Miguel. *Introducción al Estado de Derecho*. Ed. Pirámide, Madrid, 1989

enmarcamos en nuestro sistema jurídico del que derivamos los subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y el subsistema de protección social en salud enfocados a la vejez; como hecho o valor protegido, porque el concepto de vejez lo abordamos como tal y evidenciamos una ausencia o vacío legislativo en su conceptualización por una parte y por la otra su vinculación con el fenómeno del envejecimiento de la población en el que ubicamos al grupo de personas viejas; así como la interacción de estos elementos en la protección social de la vejez.

Por Estado de Derecho entendemos aquel en el que prevalecen los principios de los derechos fundamentales del hombre entre ellos, el derecho a la vida, de la salud y de la seguridad social; el principio de la separación de poderes; el principio democrático y el de la supremacía de la Constitución.

Nuestra Constitución vigente se redactó en el seno de acalorados y profundos debates, en voz de ilustres luchadores sociales, guiados por el anhelo auténtico de justicia social. Recoge los principios liberales de la Constitución de 1857 y suma aquellos que responden a la preocupación social del pueblo mexicano. Este pacto fundamental, con innumerables reformas pero vigente aún, representa el acta de nacimiento del constitucionalismo social mexicano, por el reconocimiento de los derechos sociales, en materia de educación, salud, vivienda, trabajo, seguridad social y de rectoría económica del Estado.

De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, base de nuestro sistema jurídico, producto de la superación de tesis individualistas y el reconocimiento a la existencia de los derechos sociales, emanados del movimiento armado de 1910, deriva un Estado de Derecho, cuyos ejes fundamentales se constituyen por los principios de división o separación del poder; principio democrático; supremacía constitucional; y el principio de los derechos fundamentales del ser humano, a la vida, a la salud, a la vivienda y a la seguridad social y, por lo tanto, a su protección social vinculada con el modelo de Estado Social. En nuestro Estado de Derecho transitan diversos modelos como el liberal, central y social.

En atención a lo anterior y dentro de este marco conceptual general, abordaremos a continuación, los diferentes modelos de Estado de Derecho que han

transitado en nuestro sistema jurídico, sin pretender un examen exhaustivo, pues en tal forma ha sido ya realizado en nuestra doctrina,<sup>19</sup> por lo que nos enfocaremos al modelo Estado Social de Derecho en México en el período delimitado de 1970 a 2008.

## 2. Modelos de Estado de Derecho en México

Las características del Estado de Derecho han permitido definir al sistema constitucional. De esta manera, advertimos tres tendencias: la liberal, social y democrática. En los inicios del siglo XX dominaba el constitucionalismo liberal y el modelo de Estado se estructuraba a partir de los derechos de libertad, propiedad, seguridad jurídica e igualdad.

El constitucionalismo social apareció en la carta de Querétaro de 1917 y en la constitución alemana de Weimar de 1919.<sup>20</sup> Las tesis sociales de Weimar, tuvieron eco en las sociedades industriales, y permitieron hacer frente a las presiones obreras.

Las características fundamentales del constitucionalismo social consistieron en el reconocimiento de los derechos a la organización profesional, la huelga, la contratación colectiva y los principios de equidad en las relaciones jurídicas. Esto explica el surgimiento de la seguridad social, de tribunales laborales y la defensa de derechos del trabajo como la jornada, salario y descanso obligatorio. También surgen los derechos prestacionales con cargo al Estado, como los concernientes a la educación, salud, vivienda y seguridad social.

Uno de los efectos del constitucionalismo social fue constituirse como base a la acción intervencionista o prestacional del Estado. Como correlato de las tendencias

---

<sup>19</sup> En cuanto a los modelos que transitan en el estado de derecho, nos remitimos a Carbonell, Miguel, Cruz Barney, Oscar y Pérez Portilla, Carla. *Constituciones políticas de México*. Ed. Porrúa, UNAM, México, 2002, pp. 3-50 y López Ayllón, Sergio. *Las transformaciones del sistema jurídico y los significados sociales del derecho en México: La encrucijada entre tradición y modernidad*. UNAM, México, 1997

<sup>20</sup> Respecto al surgimiento del constitucionalismo social, véase a López Ayllón, Sergio. *Las transformaciones del sistema jurídico y los significados sociales del derecho en México: la encrucijada entre tradición y modernidad*. UNAM, México, 1997; Carbonell, Miguel, Cruz Barney, Oscar y Pérez Portilla, Carla. *Constituciones políticas de México*. Ed. Porrúa y UNAM, México, 2002; Núñez Torres, Michael. *La capacidad legislativa del gobierno desde el concepto de institución*. Ed. Porrúa, 2006, p.28; Uprimmy, Rodrigo. *Los derechos sociales como técnica de protección jurídica en Memoria del Coloquio sobre Derechos Sociales*. Ed. Suprema Corte de Justicia de la Nación. México, 2006, p. 161



del constitucionalismo contemporáneo, se han acuñado conceptos complementarios del Estado de Derecho; han aparecido los de Estado Social de Derecho, Estado Social y Democrático de Derecho y Estado Constitucional y de Derecho.<sup>21</sup>

El concepto jurídico político que sirve como antecedente inmediato al Estado Social de Derecho, es el de Estado de Derecho. El surgimiento del constitucionalismo social con las constituciones de Querétaro, 1917 y de Weimar, 1919, generó un nuevo enfoque del Estado de Derecho, pues al estatuir éste, una igualdad formal ante la ley provoca desigualdades económicas, de allí que Heller percibiera tal situación y planteara la transición del Estado liberal de derecho al Estado social de derecho.<sup>22</sup>

La concepción helleriana del estado social de derecho,<sup>23</sup> ... *planteaba la viabilidad de un orden justo de la autoridad sobre la economía, particularmente mediante la limitación de la propiedad privada la subordinación del régimen al derecho, la intervención coercitiva del estado en el proceso productivo y la traslación de la actividad económica del ámbito privado y al interés público.*

Para Elías Díaz,<sup>24</sup> quienes contribuyeron en la construcción del Estado social de derecho, cada uno en su respectiva área fueron Hermann Heller y John Maynard Keynes, en cuyos modelos se aprecia una decidida intervención por parte del Estado para atender demandas sociales y políticas de bienestar como la salud, educación y seguridad social; en él, las corporaciones económicas y profesionales adquieren una mayor presencia y en términos generales la incorporación de demandas de mayor igualdad, derechos y libertades. El Estado interviene en la economía contribuyendo a regular el volumen de inversiones a través de políticas que exigen aumento del gasto público e ingresos fiscales para generar empleo, consumo, ahorro e inversión.

Zagrebelky,<sup>25</sup> aborda el tema de la intervención del Estado en aspectos que reclaman protección mediante el derecho y el papel de la recuperación por parte del Estado de las competencias políticas en la economía; al respecto expresa: ... *El*

---

<sup>21</sup> Zippelius, Reinhold. *Teoría General del Estado*, Trad. Fix Fierro, Héctor. UNAM, México, 1985, pp. 306-319

<sup>22</sup> Carbonell, Miguel, Orozco, Wistano y Vásquez, Rodolfo, Coord. *Estado de derecho*. Ed. Siglo XXI, México, 2002. Véase *La no aplicación de las normas y el estado de derecho*, p.138

<sup>23</sup> Ibidem. pp.80-83

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> Zagrebelsky, Gustavo. *El Derecho Dúctil*. 6ª, Ed. Trota, Madrid, 2005, pp. 38-103.

*acceso al Estado de numerosas y heterogéneas fuerzas que reclaman protección mediante el derecho exige continuamente nuevas reglas e intervenciones jurídicas que cada vez extienden más la presencia de la ley a sectores anteriormente abandonados a la regulación autónoma de los mecanismos sociales espontáneos, como el orden económico, o dejados a la libre iniciativa individual, como era la beneficencia, hoy respaldada o sustituida por la intervención pública en la asistencia y en la seguridad social...*

En el desarrollo de este punto, para tener una visión panorámica de la evolución histórica que ha tenido el Estado mexicano a la luz de nuestra Constitución, reconocemos la ardua y minuciosa labor en la compilación,<sup>26</sup> y coincidimos con ellos en que es conveniente un recorrido histórico de nuestra Carta Magna, con la pretensión de no repetir errores del pasado, sin olvidar en ese devenir histórico, que los mexicanos tenemos una memoria corta.

Para los efectos del estudio histórico constitucional, por modelo de Estado, entendemos con Ochoa Huerta,<sup>27</sup> el conjunto de instituciones y diseños institucionales contenidos en una Constitución, que establecen principios, valores o fines que funcionan como reglas de interpretación de las normas, que constituyen premisas de actuación del Estado y la sociedad a quienes regulan, y pueden ser considerados como tipos ideales, que no describen un mundo real, pues no reflejan cómo es la sociedad sino cómo debería ser.

Los modelos de Estado de Derecho en México forman parte del sistema jurídico que se inició con la entrada en vigor de la Constitución de 1917, que dio origen al México que se sustentó en el ideario de la Revolución Mexicana y que lo circunscribimos al período 1970-2008, en el que delimitamos nuestro objeto de estudio, partimos del tiempo de su expedición en 1917; sin embargo, destacamos la construcción, desarrollo y consolidación del proyecto nacional revolucionario, y lo concretamos a los derechos sociales en materia de salud y seguridad social en el

---

<sup>26</sup> Carbonell, Miguel, Cruz Barney, Oscar y Pérez Portilla, Carla. *Constituciones políticas de México*. Ed. Porrúa, UNAM, México, 2002, pp. 3-50. En el desarrollo de este tema seguimos las ideas expuestas en esta obra.

<sup>27</sup> Huerta Ochoa, Carla. *Constitución y diseño constitucional*. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, Nueva Serie, Año XXXIII, Núm. 99, septiembre-diciembre 2003 p. 1097. Véase: González, María del Refugio; López Ayllón, Sergio. *Transiciones y diseños institucionales*. UNAM, México, 2000

período delimitado; por lo tanto omitiremos referencias específicas al texto original de dicha Constitución.

Podemos decir que nuestra Constitución contiene elementos de los tres modelos en distintas épocas: el de tipo liberal, contenido en la Constitución de 1857 en la que se afirma es la que funda el Estado de Derecho,<sup>28</sup> se destacan aspectos económicos y la idea de los derechos del hombre como garantías individuales; aspectos que conserva nuestra Constitución actual.

También advertimos una combinación de elementos del modelo de Estado central que se percibe en la etapa final del Porfiriato, el período posrevolucionario y a lo largo del siglo XX; del modelo de Estado social, con la singular figura del constitucionalismo social, en la que los derechos han sido llamados sociales y en este modelo en cuyo contexto ubicamos la protección social como, línea total de nuestro trabajo de investigación. A continuación analizaremos algunos elementos característicos de estos modelos

#### *a. Estado Liberal*

Una de las ideas principales del liberalismo es la del individuo como titular de derechos, que lo hacen igual a cualquier otro hombre con independencia de la función o de su lugar en la sociedad. Mencionamos que en la Constitución de 1857 se establecieron las bases formales del Estado de Derecho en México y ese modelo puede ser calificado de liberal, porque está fundado en la representación, la separación de los poderes y las garantías de seguridad jurídica e igualdad de los derechos y de la propiedad.<sup>29</sup>

Respecto de los derechos fundamentales, esta Constitución incorpora postulados clásicos de liberalismo político, garantizando formalmente la libertad, la seguridad jurídica y la propiedad de los individuos sobre la base de la igualdad ante la ley; el régimen económico tiene como objetivo principal el establecimiento de una economía de mercado, limitando la intervención del gobierno en la economía a la gestión en áreas específicas, como la acuñación de moneda y correos.

---

<sup>28</sup> Carbonell, Miguel, Cruz Barney, Oscar, Pérez Portilla, Carla. Ob.cit, p.10.

<sup>29</sup> Véase: González, María del Refugio y López Ayllon, Sergio. Ob.cit.

Este modelo contenido en la Constitución de 1857, no pudo ser aplicado en términos originales, ni en lo social ni en lo económico, porque prevalecían en el país características, que lo hacían materialmente inaplicable, referentes a la Guerra de Reforma, la expedición de las Leyes de Reforma, la intervención Francesa y el establecimiento del Régimen Imperial de Maximiliano de Hamburgo, inclusive hasta la restauración de la República, en 1858-1968.<sup>30</sup>

Nuestra Constitución vigente conserva algunos elementos de este modelo, entre ellos: el principio de división de poderes; el de los derechos fundamentales, parte dogmática, garantías individuales; la forma de gobierno en República representativa, democrática y federal, y el principio de intervención del Estado en la rectoría del desarrollo nacional, mediante el fomento del crecimiento económico, el empleo y la justa distribución del ingreso y la riqueza.

En 1983, y con las reformas de 1990 y 1993, es cuando los preceptos constitucionales referidos a la materia económica, toman la forma y dimensión que actualmente contienen. Las líneas básicas de tales reformas son las siguientes:<sup>31</sup> 1. rectoría económica del Estado; 2. economía mixta; 3. planeación democrática del desarrollo y 4. banco central.

Coincidimos con Carbonell,<sup>32</sup> respecto a que el principio rector de la intervención del Estado en la economía y aún en los tiempos actuales que se dicen como de una *economía neoliberal*, es necesario, para lograr la igualdad entre los mexicanos, la garantía concretada de los derechos sociales de educación, salud y seguridad social.

#### *b. Estado Central*

Este modelo es calificado también como autoritario,<sup>33</sup> porque las facultades de los poderes federales se ampliaron al mismo tiempo que se reducía el ejercicio del

---

<sup>30</sup> Rabasa, Emilio. *La constitución y la dictadura*. 10ª, Ed. Porrúa, México, 2006, pp. 80-97

<sup>31</sup> Carbonell, Miguel. *Elementos de derecho constitucional*. Ed. Fontamara, México, 2004, pp.191-194. Véase: Artículos del 25 al 28 de la Constitución vigente, que constituyen el capítulo económico de la Constitución; Véase: Carpizo, Jorge, Carbonell, Miguel. *Derecho constitucional*. Ed. Porrúa, México, 2003, pp. 141-150

<sup>32</sup> Ibidem. pp. 203-204

<sup>33</sup> Carbonell, Miguel, Cruz Barney, Oscar, Pérez Portilla, Carla. Ob.cit, p.17

poder en las entidades federativas y los derechos fundamentales del hombre, especialmente la libertad de expresión y de prensa.

Durante la vigencia de este modelo, el territorio nacional quedó definido; se delimitó el ámbito espacial del territorio mexicano, al quedar establecidas las partes integrantes de la federación, después de la separación de Texas y la guerra con Estados Unidos. En cuanto a la división del poder, conservó el corte presidencial, fortaleciéndose los poderes federales, entre ellos el ejecutivo, cuyas facultades incluyeron el veto del presidente y se ampliaron las facultades del legislativo, en perjuicio de los poderes locales.

En el legislativo se fortaleció al senado con la facultad para la desaparición de poderes, y se ampliaron las facultades del Congreso para legislar en materia de desarrollo económico. Se mantuvo la propiedad privada, que se consolidó a través de los procesos de desamortización de bienes de corporaciones civiles y religiosas. En cuanto a los derechos del hombre reconocidos en el texto constitucional, especialmente la libertad de prensa, el sistema político transitó hacia un creciente autoritarismo que conculcaba estos derechos.

Es en este modelo, donde se instaura la dictadura de Porfirio Díaz, conocido en la historia de México, como el Porfiriato que va de 1876 a 1910 y que representó años de estabilidad política y de crecimiento económico.

Las múltiples reelecciones de Porfirio Díaz, durante casi treinta años, se caracterizaron por el cese de guerras o levantamientos armados mayores en el país, por varias décadas; situación que abrió camino al desarrollo económico y la creación, por ejemplo, de una fuerte infraestructura ferrocarrilera.<sup>34</sup>

Los negocios tuvieron un ambiente favorable. La inversión extranjera ingresó a México de manera amplia, lo que permitió un crecimiento y desarrollo en la economía del país. No obstante, dicho período también provocó la polarización de la sociedad mexicana, particularmente entre los campesinos y obreros que vivían en condiciones de miseria. Se destacan los movimientos de huelga de Cananea en 1906 y Río Blanco en 1907,<sup>35</sup> que estallaron en pugna de mejores niveles de vida para la clase

---

<sup>34</sup> Rabasa, Emilio. *La constitución y la dictadura*. 10ª, Ed. Porrúa, México, 2006.

<sup>35</sup> Silva Herzog, Jesús. *Breve historia de la Revolución Mexicana*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1965, p.38

trabajadora. La naciente clase media encontraba obstruidos los caminos para el progreso familiar y personal, mientras que los pocos dueños de la riqueza, disfrutaban del poder político al amparo del régimen porfirista.

El esfuerzo del presidente Francisco I. Madero, por recuperar la esencia del modelo liberal fracasó, aunque intentó abrir cauces para la participación de los ciudadanos en la vida política a través del voto. De allí, el inicio del movimiento político de 1910, antecedente del movimiento social, fuente de nuestra Constitución actual. A la muerte de Madero, se inició el movimiento constitucionalista, de cuyo seno surgen algunas de las demandas sociales de la Revolución; y son los debates del Constituyente de 1916-1917, los que contribuyen a la formación del modelo social.<sup>36</sup>

Consideramos que en los modelos de Estado Liberal y Central, no encontramos, en términos generales, dispositivos legales o políticas sociales dirigidos a la protección social de la vejez, tampoco advertimos en el texto original de nuestra Constitución y en el período que va desde su promulgación en 1917 hasta aproximadamente finales de 1940, una tutela legal en la protección social de la vejez; probablemente, porque el fenómeno del envejecimiento de la población se dimensiona y empieza a llamar la atención hasta finales del siglo XX.

Las normas en materia de seguridad social, nacen en los 40's y como prestaciones sociales legales, a partir de 1973 con la creación de la segunda Ley del Seguro Social; el derecho de la salud se elevó a rango constitucional en 1983 y el año siguiente, se expidió la Ley General de Salud en vigor. Otras reformas legislativas en materia de seguridad social iniciaron a partir de 1990: en 1992, con la creación del ahorro para el retiro; en 1995, con La Nueva Ley del Seguro Social; en el 2007, con la Ley de SSSTE en vigor. Es en los PND de 2000-2006 y 2007-2012, cuya elaboración emana del mandato constitucional contenido en el artículo 26º, en los que advertimos la derivación de programas nacionales y sectoriales de salud, así como algunas políticas, programas y acciones sociales dirigidas a la protección

---

<sup>36</sup> Carpizo, Jorge, Carbonell, Miguel. *Derecho constitucional*. Ed. Porrúa, México, 2003, pp. 9-26. Los autores, en relación con las garantías sociales precisan que están contenidas primordialmente en los Artículos 3º, 4º, 27º, 28º, y 123º, en lo que interesa a nuestro trabajo, distinguen entre las garantías sociales, que implican un hacer por parte del Estado y las individuales que representan primordialmente una abstención del Estado.

social de los grupos vulnerables en pobreza o pobreza extrema, entre ellos las personas de 60 años y más, a través los programas de IMSS Oportunidades, OPORTUNIDADES y su componente 70 y más. Lo anterior constituye también un motivo para la delimitación de nuestra investigación en el período 1970-2008.

### c. *Estado Social*

Entre las propuestas sociales, referimos las políticas del Partido Liberal de 1906, que se inició en San Luís Potosí con la constitución del círculo Liberal Ponciano Arriaga, encabezado, entre otros, por los hermanos Flores Magón; documento que abarcó la problemática social, económica, política y jurídica en los años del Porfiriato.<sup>37</sup> En la misma línea de lo social, el Plan de San Luís de 1910, con la propuesta de restituir tierras a los propietarios originarios, en su mayoría indígenas y campesinos.<sup>38</sup> Este último plan es considerado de suma importancia, pues con él se inicia el movimiento armado y la tendencia de reestructuración política del país.<sup>39</sup>

En materia de trabajo, respecto de accidentes, se destaca la ley promulgada por el general Bernardo Reyes en Monterrey, Nuevo León, en 1906; en 1915 en Yucatán, una ley de trabajo en cuyo artículo 135 se estableció por primera vez el seguro social, al prever disposiciones relativas al establecimiento de asociaciones mutualistas en las que los trabajadores fueran asegurados contra los riesgos de vejez y muerte.<sup>40</sup>

Otro documento que resaltamos como antecedente de nuestra Constitución actual en este modelo de Estado, es el Plan de Guadalupe de Venustiano Carranza Garza, en marzo de 1913, mediante el cual se desconoció a Victoriano Huerta como presidente,<sup>41</sup> y cuyos fines eran de naturaleza política. En diciembre de 1914, Carranza adicionó el Plan de Guadalupe y el plan político se convirtió, además, en un plan social.

---

<sup>37</sup> De la Cueva, Mario. *El nuevo derecho del trabajo mexicano*. 6ª, Ed. Porrúa, México, 1991, pp. 26-27

<sup>38</sup> Tena Ramírez, Felipe. *Leyes fundamentales de México*. 6ª, Ed. Porrúa, México, 1975, p. 730

<sup>39</sup> Carpizo, Jorge. *La Constitución mexicana de 1917*. 14ª, Ed. Porrúa, México, 2004, pp. 25-26. En relación con el contenido pormenorizado del Plan de San Luís de 1910.

<sup>40</sup> Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho mexicano de los seguros sociales*. Ed. Harla, México, 1987, p. 82

<sup>41</sup> Carpizo, Jorge. Ob.cit. pp. 36-41

Las adiciones al Plan de Guadalupe plasman el compromiso del Ejército Constitucionalista con las reformas sociales; entre ellas: la restitución de tierras, la constitución de la pequeña propiedad y la disolución de latifundios.<sup>42</sup> Los antecedentes anteriores, son algunas de las propuestas sociales contenidas en documentos y cuerpos jurídicos que se incorporaron a nuestra Constitución actual.

El 14 de septiembre de 1916, Carranza dio a conocer el decreto que reformó los artículos 4º, 5º y 6º, del Plan de Guadalupe. *En los considerandos explicó que la Constitución de 1857 no obstante su bondad, no era la más adecuada para satisfacer las necesidades públicas, que en ella se corría el peligro de que el ejecutivo absorbiera los otros dos poderes creando una nueva tiranía; que el gobierno podía establecerse por las reformas expedidas por la primera jefatura, pero ello sería objeto de las más acérrimas críticas por parte de los enemigos del movimiento social; por ésto el camino indicado, era convocar a un Congreso Constituyente, a través del cual el pueblo expresara su voluntad.*<sup>43</sup>

Al reafirmarse la validez del Plan de Guadalupe, hasta que se pudiera restablecer la vigencia de la Constitución, Carranza consideró conveniente que el pueblo conociera el pensamiento del Ejército Constitucionalista y expidió siete artículos, entre ellos el segundo que por ser la base social del movimiento carrancista, transcribimos a continuación:<sup>44</sup> *“El Primer Jefe de la Revolución y Encargado del Poder Ejecutivo expedirá y pondrá en vigor durante la lucha todas las leyes, disposiciones y medidas encaminadas a dar satisfacción a las necesidades económicas, sociales y políticas del país, efectuando las reformas que la opinión exige como indispensables para restablecer el régimen que garantice la igualdad de los mexicanos entre sí; leyes agrarias que favorezcan la formación de la pequeña propiedad, disolviendo los latifundios y restituyendo a los pueblos las tierras de que fueron injustamente privados; leyes fiscales encaminadas a obtener un sistema equitativo de impuestos a la propiedad raíz; legislación para mejorar la condición del peón rural; del obrero, del minero y en general de las clases proletarias;*

---

<sup>42</sup> Contreras, Mario, Tamayo, Jesús. *Antología, México en el siglo XX 1913-1920*. Ed. Textos y documentos, UNAM, México, 1983, 2º vol, p.150. En relación con las adiciones al Plan de Guadalupe, artículo 2º.

<sup>43</sup> Carpizo, Jorge. *La Constitución Mexicana de 1917*. Ed. Porrúa, 14ª, México, 2004, p.48

<sup>44</sup> Planes políticos y otros documentos. México, 1964, pp. 58-64.



*establecimiento de la libertad municipal como institución constitucional; bases para un nuevo sistema de organización del Poder Judicial Independiente, tanto en la Federación como en los Estados; revisión de la leyes relativas al matrimonio y al estado civil de las personas; disposiciones que garanticen el estricto cumplimiento de las leyes de Reforma; revisión de los códigos Civil, Penal y de Comercio; reformas del procedimiento judicial, con el propósito de hacer expedita y efectiva la administración de justicia; revisión de las leyes relativas a la explotación de minas, petróleo, aguas, bosques y demás recursos naturales del país, y evitar que se formen otros en lo futuro; reformas políticas que garanticen la verdadera aplicación de la Constitución de la República y en general todas las demás leyes que se estimen necesarias para asegurar a todos los habitantes del país la efectividad y el pleno goce de sus derechos y la igualdad ante la ley .”*

Para plasmar en normas jurídicas *la voluntad nacional*, después de la Revolución se convocó un Congreso Constituyente cuya encomienda fue reformar la Constitución de 1857. La convocatoria expedida por Carranza en 1916, señalaba que el constituyente no podía ocuparse de otro asunto que el de discutir, aprobar y modificar el proyecto de Constitución reformada que le presentaría el Primer Jefe. Carranza reiteró que presentaba el proyecto de *Constitución reformada*, advirtiendo que de ella -la de 1857- habría de conservar *intacto el espíritu liberal* y la forma de gobierno; reduciéndose las reformas a quitarle lo que la hacía *inaplicable*.

Desde el punto de vista formal, lo que se convocó fue un Constituyente que conocería *el proyecto de la Constitución reformada*.<sup>45</sup>Nueva o reformada, la Constitución de 1917 procede de un Constituyente emanado de una Revolución triunfadora y cualquier poder de este tipo se puede considerar, siguiendo a Zippelius, como *un poder soberano que crea los fundamentos del orden estatal por una vía no legal, es decir, no conforme a las reglas del orden jurídico anterior*.<sup>46</sup> Al margen de la consideración formal, esta Constitución es la base de nuestro sistema jurídico actual.

---

<sup>45</sup> Rabasa, Emilio. *Historia de las Constituciones mexicanas*. 2ª, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1994. pp. 81-105. Edición reimpressa en 2000. El autor refiere que el propio Constituyente señala: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que reforma la del 5 de febrero de 1857.

<sup>46</sup> Zippelius, Reinhold. *Teoría General del Estado*, Trad. Fix Fierro, Hector. UNAM, México, 1985, pp. 153-156

La tomamos por nueva para los efectos del análisis que realizamos en nuestro trabajo de investigación.

En nuestro sistema jurídico, la Constitución de 1917 ha sido reformada en forma constante y en numerosas materias. En lo que interesa al objeto de estudio de nuestra investigación, destacamos las relacionadas con los derechos sociales, de manera específica las relativas al derecho de la salud y de la seguridad social en el período delimitado. No obstante tales reformas, la estructura fundamental se ha mantenido, y el modelo de Estado de Derecho, sustentado en las propuestas ideológicas del movimiento constitucionalista del siglo XIX, en sus ejes directrices: el principio de la división o separación del poder, el de la supremacía de la Constitución y el de los derechos fundamentales.<sup>47</sup>

Nos apoyamos en María del Refugio González y José Antonio Caballero,<sup>48</sup> respecto de que en nuestra Constitución, han transitado elementos de los distintos modelos de Estado, el liberal, el central y el modelo social; y el peso de cada modelo ha tenido variaciones al interior del sistema, de acuerdo con las reformas que a la misma se han realizado, de manera que en ocasiones la intervención del Estado en el desarrollo económico se ha expandido o disminuido; en otras la participación política se ha reducido a un partido hegemónico o inclusive se ha incrementado la participación del Estado en sus relaciones con el exterior, como ejemplo en este supuesto, en tiempos recientes, se encuentra la celebración del Tratado de Libre Comercio de América del Norte,<sup>49</sup> y la participación con organismos internacionales en materia económica y de derechos humanos.

En el contexto del modelo social del Estado de Derecho y ante la delimitación del período 1970 a 2008, señalamos que es, en la década de los 70's, cuando el proyecto de la Revolución se encamina a una *crisis* y paradójicamente se expande la seguridad social; hacia la década de los 80's parece que la revolución va llegando a

---

<sup>47</sup> López Ayllón, Sergio. *Las transformaciones del sistema jurídico y los significados sociales del derecho en México: la encrucijada entre tradición y modernidad*. Ed. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1997, pp. 170-231. Para un análisis más detallado y amplio de las reformas constitucionales véase esta obra.

<sup>48</sup> Carbonell, Miguel, Cruz Barney, Oscar, Pérez Portilla, Carla. Comp. *Constituciones históricas de México*. Ed. Porrúa, México, 2002, pp.24-27

<sup>49</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación de 20 de noviembre de 1993.

su fin y nuestro país transita hacia un nuevo *modelo de derecho*,<sup>50</sup> no obstante, en esa década, el derecho de la salud se elevó a rango constitucional. Ello no quiere decir, desde nuestro punto de vista, que el nuevo modelo de Estado, implique la extinción de los modelos analizados; por lo tanto, tampoco podríamos hablar de un modelo *no social del Estado* o un estado totalmente abstencionista.

En términos generales, no obstante la magnitud de las diversas y constantes reformas a nuestra Constitución,<sup>51</sup> podemos afirmar que en nuestra Constitución actual no ha sido excluido el aspecto social, que de modo embrionario se perfiló desde la Constitución de 1857 y pervive en nuestra Constitución vigente. Así, en nuestra línea de investigación nos centramos en el principio de los derechos fundamentales y en él, los derechos sociales de la salud y la seguridad social, y por ende a la protección social de la vejez vinculada con los mismos. De esta manera nos justificamos para en adelante, omitir referencias históricas y legislativas del texto original de nuestra Constitución y al vigente, en relación con otros derechos sociales como la educación, trabajo, vivienda y en materia agraria.

En la importancia del período que hemos delimitado, coincidimos con Cossío,<sup>52</sup> que no es casual que la mayor parte de las reformas que introdujeron derechos sociales al texto original de nuestra Constitución se hayan establecido a partir de 1970, época en la que se inició la pérdida de legitimidad del régimen, por un presidencialismo fuerte y un partido hegemónico, la movilidad de la sociedad civil, el debilitamiento de los controles corporativos, sin dejar de lado las recurrentes crisis económicas que siguen impidiendo al sistema, satisfacer a los diversos actores políticos y grupos de población: banqueros, empresarios, trabajadores, campesinos;

---

<sup>50</sup> Véase López Ayllón, Sergio. Ob.cit, pp. 170-231; en cuanto a la metodología de su análisis en las modificaciones en el marco jurídico, a la Constitución y leyes federales en materia de seguridad social y economía; los motivos para la delimitación del período 1982-1996 y en relación al nuevo modelo de Estado, por los cambios en el sistema normativo y el diseño de instrumentos jurídicos necesarios en una economía de mercado. Así mismo, respecto al nuevo modelo de Estado por las modificaciones en materia económica y el viraje del papel del Estado en la economía y en derechos humanos. Véase: Carbonell, Miguel, Cruz Barney, Oscar, Pérez Portilla Carla. Comp. *Constituciones históricas de México*. Ed. Porrúa, México, 2002, pp.45-50

<sup>51</sup> López Ayllón, Sergio. *Las transformaciones del sistema jurídico y los significados sociales del derecho en México*. Ob.cit.

<sup>52</sup> Cossío, José Ramón. *Dogmática Constitucional y Régimen Autoritario*. Ed. Fontamara, México, 1998, p.76

lo que provocó que la vía para resolver los conflictos jurídicos y políticos en el territorio nacional, fuera la política.

De esta manera, en el régimen político y la interpretación constitucional, la Constitución fue vista como acontecer condicionado por elementos políticos y se dejó de lado su sentido normativo, es decir: ... *La Constitución en síntesis, se caracterizó como un fenómeno político y no como un fenómeno jurídico...*<sup>53</sup>

Respecto de los derechos sociales y su ubicación como derechos fundamentales, mucho se ha discutido. Para aproximarnos a una idea de ellos, su significación e interpretación constitucional como normas; como *decisiones políticas fundamentales del régimen*; o directivas a realizar por los poderes del Estado, que se identifican como *normas programáticas*; estimamos oportuno referirnos al exhaustivo estudio y análisis jurídico, doctrinal e interpretativo, en el que Cossío, parte de una visión general del Estado Social y expresa:<sup>54</sup> *un Estado que establecía una serie de limitaciones a ciertas categorías de sujetos calificados: iglesia, latifundistas, patronos; para que éstos respetaran ciertas condiciones mínimas de otros sujetos considerados débiles.*

De atender el sentido que el Constituyente 1916-1917 le confirió a ciertos preceptos y a las funciones normativas que los derechos sociales podían realizar, Cossío concluye: ... *Tenemos que por derechos sociales se entendían aquellas normas constitucionales que: primero, se hubieran elaborado en contraposición a los contenidos de la Constitución de 1857; segundo que fueran la expresión directa de los postulados de la Revolución de 1910; tercero, que le confirieran atribuciones a los órganos del Estado para imponer obligaciones a cierto tipo de particulares; cuarto, que no le imponían obligaciones directas de carácter patrimonial a los propios órganos estatales...*<sup>55</sup>

Lo anterior podría interpretarse como el rompimiento de una visión del derecho como regulación de conductas en una sociedad homogénea, sin estratos o

---

<sup>53</sup> Cossío Díaz, José Ramón. *Constitución, Tribunales y Democracia*. Ed. Themis, México, 1998, pp. 176- 188

<sup>54</sup> Cossío, José Ramón. *Dogmática Constitucional y Régimen Autoritario*. Ob.cit, pp. 75-97

<sup>55</sup> Ibidem. p. 77.

grupos de población: obreros, campesinos, ejidatarios; que dio paso a la idea de que la Constitución podía regular diversas clases o grupos sociales.

Cossío, refiere que con las constantes introducciones de derechos sociales en la Constitución a partir de los 70's, en materia de seguridad social, salud, agraria y de rectoría económica por parte del Estado, es posible afirmar, que las preceptos en los que se contienen los derechos sociales, con exclusión de la educación, tenían más un propósito legitimador del régimen, que el intento por mejorar las condiciones de los necesitados a través del otorgamiento de derechos sociales.<sup>56</sup>

No debemos pasar por alto y nos interesa llamar la atención, que Cossío Díaz,<sup>57</sup> resalta la importancia de la dogmática constitucional, pues enfatiza y afirma que las normas jurídicas provienen y se mantienen en vigor como resultado de factores sociales, políticos, culturales y religiosos, sin que esos elementos puedan omitirse al establecer el sentido de las normas jurídicas, de allí la importancia de la actividad dogmática, de otorgar sentido a las normas a partir de distintos métodos de investigación.

Para el Maestro Noriega Cantú,<sup>58</sup> el Estado Social, por necesidad se vincula con los grandes grupos de interés, o grandes organizaciones destinadas a la defensa de intereses grupales. En cuanto al modo de entender los derechos fundamentales, como limitaciones del estado o como protección jurídica del individuo frente a intervenciones estatales, no hermanaba al Estado de Derecho y al Estado Social, desde su punto de vista se precisaba transformar en positivos tales derechos, lo que aconteció cuando *el pensamiento interventor*, se acogió por el Estado Social, en su carácter prestacional, sin intervenir en la libertad del individuo, de manera que los

---

<sup>56</sup> Podemos coincidir con el criterio y afirmación de Cossío, porque es cierto que en realidad el propósito de mejorar las condiciones de vida, salud y seguridad sociales, de determinados grupos de población, hoy denominados en pobreza y en pobreza extrema, ha resultado insuficiente. Sin embargo, consideramos, desde nuestro punto de vista, que las direcciones políticas o programas de gobierno, la creación de instituciones y normales generales en materia de salud y de seguridad social, han producido sus frutos; un ejemplo de ello, lo constituye precisamente la problemática del envejecimiento de la población, ante el incremento en la esperanza de vida, en atención precisamente a programas en materia de salud pública. Ello con independencia del carácter programático (programa de acción a desarrollar libremente por los órganos del Estado, desconociendo el sentido normativo), de los derechos sociales y del ejercicio fundamentalmente ideológico de los mismos.

<sup>57</sup> Cossío Díaz, José Ramón. *Constitución, Tribunales y Democracia*. Ob.cit, p. 187

<sup>58</sup> Noriega Cantú, Alfonso. *Los derechos sociales creación de la Revolución de 1910 y de la Constitución de 1917*. UNAM, Instituto de investigaciones Jurídicas, México, 1988, pp.67-76

derechos fundamentales era necesario entenderlos como principios positivos, como positivación de valores inherentes a la Constitución.

Noriega,<sup>59</sup> afirmó: *... un Estado que niega o desprecia las actuaciones fundamentales de las esferas de la vida social, en general o en casos particulares, difícilmente podría caracterizarse como un Estado constitucional democrático...* de esta manera, ante los derechos fundamentales, el Estado abandonando su actitud pasiva, debería realizar una actitud positiva e intervencionista. Así, los derechos sociales y las garantías sociales aparecen con la finalidad de completar o perfeccionar los derechos individuales y con ello las garantías individuales.

Los derechos sociales o de crédito frente al Estado, son aquellos en virtud de los cuales el titular puede exigir un determinado comportamiento o bien una prestación por parte del Estado, que asumiría una actitud activa y de intervención en favor del titular, al servicio de los intereses sociales y del bien general; de manera que se conceden a los hombres, en tanto que forman parte de un grupo y conllevan limitaciones a la libertad de los individuos.

Coincidimos con Cossío,<sup>60</sup> en que para Noriega los derechos sociales eran normas de carácter prestacional con un contenido específico que requerían la intervención activa del Estado para realizarse, y que les atribuía un sentido general programático.

En relación con la naturaleza de los derechos sociales, comprendidos en los derechos fundamentales, para Susín,<sup>61</sup> los inicios del siglo XX, constituyeron un marco de luchas sociales y dieron paso al constitucionalismo social, al referirse a los derechos sociales y a la intervención de los gobiernos, para realizar programas de políticas sociales tendientes a la realización de tales derechos y con ellos, garantizar una cierta previsión en la cobertura de situaciones de riesgo, vejez, enfermedad, desempleo; desde su punto de vista los planteamientos neoliberales, niegan el carácter de derechos fundamentales a los derechos sociales, lo que no sucede en la

---

<sup>59</sup> Ibidem. p.70

<sup>60</sup> Cossío, José Ramón. *Dogmática constitucional y régimen autoritario*. Ob.cit, p.95

<sup>61</sup> Susín, Raúl. *Memoria del coloquio sobre derechos sociales*. Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2006, pp.79-120

Constitución Española de 1978, en la que los derechos sociales son derechos fundamentales como los civiles o los políticos.

Acogemos la idea de Susín respecto del Estado de bienestar, cuando expresa: *el Estado de Bienestar no sólo consiste en políticas sociales sino que es una forma de entender las relaciones sociales, las relaciones entre personas y entre éstas y el Estado*. Sostenemos que uno de los pilares básicos del Estado de bienestar o modelo de Estado social, son los derechos sociales, en el que debiera prevalecer el principio de la solidaridad y universalidad, en coexistencia con un modelo de sociedad que transite hacia una economía de mercado, de estrategias de privatización y otros aspectos, como la competitividad.

Para una comprensión de los principios de solidaridad y de universalidad, como ejes rectores en el derecho de la seguridad social, comprendidos en el contexto del Estado Mexicano, llaman nuestra atención dos personas visionarias, distintas en tiempo y lugar y coincidentes en la ideología respecto a la protección social: por un lado, encontramos al ilustre don José María Morelos y Pavón, con el documento Sentimientos de la Nación 1813,<sup>62</sup> antecedente de la Constitución de Apatzingán de 1824, en el que se sentaron las bases de la seguridad social al exponer: *que como la buena ley es superior a todo hombre, las que dicte nuestro Congreso deben ser tales que obliguen a constancia y patriotismo, moderen la opulencia y la indulgencia, y de tal suerte se aumente el jornal del pobre, que mejore sus costumbres, aleje la ignorancia la rapiña y el hurto*.

Por otro lado, William Henry Beveridge economista, político liberal y reformador social británico. Su principal aportación a la teoría política, económica y social fue en 1941-1942, con la creación de un documento conocido como *Informe Beveridge*, o Beveridge Report, cuyo nombre completo era *Report on Social Insurance and Allied Services*, el cual formó las bases del futuro *Estado de Bienestar* -Welfare State- en el Reino Unido. Este informe postulaba un sistema de protección social universal que permitía la satisfacción de necesidades y riesgos de las personas al margen del mercado, después de identificar una serie de males que

---

<sup>62</sup> De la Torre Villar, Ernesto. *La Constitución de Apatzingán y los creadores del Estado Mexicano*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Publicación 92, México, 1964, p.365

actualmente seguimos teniendo, como la indigencia, la enfermedad, la ignorancia, la miseria y el hacinamiento; propone la creación de espacios *desmercantilizados* donde se pudiera vivir al margen del mercado construidos sobre las bases del reconocimiento de los derechos sociales.<sup>63</sup>

El Informe Beveridge, fue el resultado de un trabajo conjunto, en el que participaron funcionarios del gobierno. Fue un ambicioso proyecto de seguridad social, entendida sin límites de ningún tipo, esto es: universal y formada sobre la base de una legislación social vinculante. Preveía que las administraciones públicas habían de hacer frente del sostenimiento de los sectores más desfavorecidos de la sociedad: desamparados, enfermos y ancianos.

La novedad ideológica del Informe Beveridge no fue, en cualquier caso, promover las ayudas estatales a estos colectivos, ayudas que ya se llevaban a cabo, en mayor o menor medida, en muchos países. La verdadera innovación fue considerar que esas ayudas no eran un mero parche, un arreglo a los desperfectos de la economía, o un servicio de *caridad estatal*, sino que, por el contrario, el bienestar de la sociedad era una *responsabilidad del Estado*, sostenible mediante la tributación de impuestos generales.

Referidos ya los diversos modelos del Estado de Derecho y en especial el modelo social en el que destacamos que debe prevalecer una actitud activa o intervencionista del Estado en relación con los derechos sociales, de manera específica en los derechos de la salud y de la seguridad social, abordaremos a continuación los modelos de protección social en el ámbito de la seguridad social.

## *B. Modelos de protección social*

### 1. Nociones previas

La expresión *protección* deriva de la voz latina *protectio*, que alude a la acción y efecto de proteger. “Proteger” deriva del verbo latino *protegere*, que significa: amparar, favorecer, defender.<sup>64</sup> Respecto a la aproximación de lo “social”, acudimos

---

<sup>63</sup> Memoria del coloquio sobre derechos sociales, Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2006, pp. 85-87

<sup>64</sup> Diccionario Jurídico Mexicano. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Ed. Porrúa, México, 2005, P-Z, pp. 3104.



a Radbruch, filósofo de Weimar,<sup>65</sup> para quien “*la concepción jurídica individualista se orienta hacia un tipo de hombre egoísta y calculador idealmente aislado y a quien se supone en abstracto igual a los demás y viviendo al margen de todo vínculo social*” - homo oeconomicus- En esta idea el concepto jurídico de persona es el exponente del individualismo, por lo que era necesario pasar a la concepción de un nuevo tipo de hombre que en palabras del filósofo alemán es: “*la imagen del hombre sujeto a vínculos sociales, del hombre colectivo como base del derecho social*”.

En la actualidad la mayoría de los Estados contemporáneos cuentan con diversas formas, instrumentos, instituciones y sistemas de protección social, de manera eventual o permanente, que les permiten afrontar hechos, contingencias, necesidades y riesgos que pueden afectar la vida o la salud de las personas que conforman su población. Entre éstas se destacan enfermedades, desempleo, insalubridad, pobreza, catástrofes, hambre, accidentes, invalidez, adicciones, muerte y vejez.

En la protección social distinguimos dos ámbitos, el objetivo en relación con los hechos, contingencias, necesidades o riesgos, que pueden quedar cubiertos en la protección, y el ámbito subjetivo o universal, en relación con los sujetos o personas hacia quienes se dirige la protección y el Estado como prestador; ámbitos independientes de una vinculación laboral.

En los ámbitos de protección social, encontramos como elementos comunes: 1. Al individuo o persona humana; 2. El hecho, contingencia, necesidad o riesgo que requiere ser amparado o protegido, y 3. La intervención pública por parte del Estado, que le permita al individuo afrontar, el hecho, contingencia, necesidad o riesgo.

Con estos elementos comunes podemos aproximarnos a una idea de protección social en los siguientes términos: es una serie de intervenciones y acciones públicas del Estado, mediante instrumentos o herramientas públicos, como los seguros sociales, seguros de salud y los de la asistencia social, para amparar y

---

<sup>65</sup> Radbruch, Gustav. *Introducción a la filosofía del derecho*, Breviario. Trad. Wenceslao Roses, Fondo de Cultura Económica, México, 1951, pp. 158-161.

defender a la persona o individuo, su familia o comunidad, a manejar y sobreponerse al hecho, contingencia, necesidad o riesgo que lo afecta en su vida y en su salud.<sup>66</sup>

La protección social a que hacemos referencia la circunscribiremos a las intervenciones públicas por parte del Estado, ejecutadas por instituciones y organizaciones bajo mandato del mismo que conforman los subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y el subsistema de protección social en salud; por lo tanto omitiremos referencias relativas a intervenciones por parte de organizaciones privadas, que no son objeto de estudio de este trabajo, específicamente a la figura *del seguro privado*. Entendemos por seguro privado,<sup>67</sup> el acuerdo mediante el cual, la empresa aseguradora se obliga, mediante el pago de una prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato; es decir, cuya regulación pertenece al derecho mercantil y su administración persigue fines lucrativos, tiene su génesis en la naturaleza autónoma del contrato y es administrado por instituciones privadas creadas legalmente para tal fin.<sup>68</sup>

Entendemos a los seguros sociales, como los instrumentos o herramientas públicas destinados a la protección de las personas en general y de manera particular al trabajador y su familia, a través de servicios y prestaciones, establecidos en una legislación especializada, de contribución y conformación tripartita -Estado, patrón y trabajador- y el cumplimiento previo de requisitos establecidos, que se determinan por la existencia de un vínculo o relación laboral, y que proporcionan el derecho a recibir prestaciones en especie y en dinero. Los seguros sociales, en el

---

<sup>66</sup> La definición de salud de la OMS es: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Véase: <http://www.who.int/es/> (OMS 1946). Consulta diciembre de 2009. Definición en la que se incluye la dimensión orgánica, funcional y social, de manera que el bienestar físico y mental contribuya al ejercicio pleno de las capacidades, al mejoramiento de la calidad de vida humana y en la dimensión social, a la contribución al desarrollo social. Véase términos del artículo 2º de la Ley General de Salud, Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 7 de febrero de 1984.

<sup>67</sup> Diccionario Jurídico Mexicano. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Ed. Porrúa, México, 2005, P-Z, pp. 3434. Véase también características de los seguros privados en Tena Suck, Rafael, Italo, Hugo. *Derecho de la Seguridad Social*. Ed. Pack, México, 1987, p. 22. Y Mendizábal Bermúdez, Gabriela. *La Seguridad Social en México*. Ed. Porrúa, México, 2007, p.37.

<sup>68</sup> Cuando hacemos referencia a la exclusión de los seguros privados, no nos referimos a los seguros de ahorro para el retiro, contemplados en los subsistemas de protección de seguridad social en el nivel contributivo, vigentes en nuestro país, en los términos de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

régimen obligatorio, se integran con los ramos de enfermedades y maternidad, invalidez, orfandad, viudez, cesantía, vejez, guarderías, accidentes y riesgos de trabajo.<sup>69</sup>

Por asistencia social, como categoría o tipo de servicio público de salud, entendemos: el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de las personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. La asistencia social comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación y por ello legalmente es un tipo o categoría de los servicios públicos de salud contenidos en el derecho constitucional de la salud.<sup>70</sup>

Podemos afirmar que las ideas de Beveridge,<sup>71</sup> sentaron las bases para la aparición de la protección social y los *Sistemas de Seguridad Social* como se conciben hoy en día; de manera que se distingue entre modelos de protección fuerte o beveridgiano, con la caracterización de universalidad en el ámbito subjetivo y objetivo y en cuya financiación predominan los impuestos generales, y, modelos de protección débiles o bismarckianos, en los que la protección social se limita a trabajadores y sus beneficiarios, por la existencia de un vínculo o relación de trabajo y cuyo financiamiento proviene de cotizaciones de trabajadores y empleadores, así se limitan los ámbitos subjetivo y objetivo de la protección social a las personas aportantes y sus beneficiarios.

---

<sup>69</sup> Diccionario Jurídico de la Seguridad Social. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1994, pp.440-442.

<sup>70</sup> Véase: Ley General de Salud, artículo 2º, fracción V, Publicada en el Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984; Ley de Asistencia Social, artículo 3º Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 2 de septiembre de 2004. Consideramos importante el criterio jurisprudencial del Pleno de la Suprema Corte de la Justicia de la Nación respecto al concepto de asistencia social, que lo circunscribe a la materia de "Salubridad General", ver tesis P. /J. 83 /99,9ª Época publicada en el Diario Oficial de la Federación y su gaceta cuyo rubro es *ASISTENCIA SOCIAL. LA ASISTENCIA PÚBLICA Y PRIVADA FORMAN PARTE DE ELLA*.

<sup>71</sup> Rodríguez Ramos, José María, Corelli Hernández, Juan, Vilches Porras, Maximiliano. *Sistema de Seguridad Social*. Ed. Tecnos, 7ª, España, 2005, pp. 30-31

## 2. Modelo Bismackiano

La revolución industrial en 1780, es el acontecimiento más importante del siglo XVIII y principios del XIX. Implicó modificaciones en la estructura económica de los países europeos occidentales, ante la mecanización de la industria, el desarrollo del comercio y los medios de locomoción, que marcaron el inicio de la etapa histórica contemporánea.

En Europa, particularmente en Alemania e Inglaterra, el maquinismo,<sup>72</sup> transformó la técnica industrial y la organización comercial, modificando además de los usos y costumbres, la existencia cotidiana de la sociedad, de manera que los países europeos se convirtieron en países industrializados.

Las técnicas mecánicas adoptadas en las fábricas, incrementaron por un lado la producción y por ende, el comercio; por otro, la clase trabajadora se sometió a una condición de absoluta dependencia de la clase capitalista, sin que se vislumbrara la prevención de accidentes de trabajo a los que quedaban expuestos los operarios, pues no existían dispositivos de seguridad laboral.

Durante el siglo XIX, se produjeron movimientos y luchas sociales, emprendidas principalmente por obreros, con la pretensión de obtener normas protectoras que regularan las relaciones obrero-patronales, de manera que los Estados iniciaron cambios, de una política abstencionista a una política intervencionista.

Los seguros sociales,<sup>73</sup> tuvieron su cuna en Alemania. Otto Leopold Von Bismarck Schönhaus, llamado el *Mariscal de hierro*, es la figura importante en la política social concebida en ese país de finales del siglo XIX, creada en torno a las condiciones socioeconómicas de la clase obrera, surgidas por el desarrollo industrial. Bismarck, en 1869, expidió una primaria reglamentación para cuestiones laborales, en la que se contienen normas protectoras de la vida y la salud de los operarios, dispositivos reguladores del trabajo de las mujeres y menores. En 1881, se

---

<sup>72</sup> El maquinismo se inició con la invención de la primera máquina de vapor en 1769 por Watt.

<sup>73</sup> Rodríguez Ramos, José María, Corelli Hernández, Juan, Vilches Porras, Maximiliano. *Sistema de Seguridad Social*. Ed. Tecnos, 7ª, España, 2005, pp.28-29 y Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *El Nuevo Derecho de la Seguridad Social*. Ed, Porrúa, 5ª, México, 2001, pp. 64-65

estableció en beneficio de la clase trabajadora, un compendio de legislaciones que fueron la base para dar origen al “seguro social”.

En 1883 se creó un régimen legal para el seguro de enfermedades; en 1884 se decretó un régimen del seguro de accidentes laborales y en 1889 se reguló el seguro de invalidez y vejez. En 1911, se promulgó en Alemania el Código de Seguros Sociales que se incluyó en la Constitución de Weimar de 1919.

El modelo bismarkiano, llamado también profesional, tiene su soporte en la *contribución*; es decir, que el importe de las prestaciones en dinero, depende de las aportaciones en dinero realizadas por la persona, durante su estancia en el mercado laboral; este modelo busca compensar las pérdidas de los ingresos, que por diversos motivos: enfermedades, incapacidades y vejez se han producido en la vida de la persona.

Este modelo se caracteriza porque no pretende ninguna distribución de la renta. Los participantes en el mercado laboral renuncian -obligatoriamente- a una parte de sus remuneraciones presentes para constituir un fondo que se utilizará para cubrir, cuando se tenga necesidad, los gastos de atención de la salud, y obtener un ingreso, cuando éste no se ha adquirido por razón de la edad, accidente, enfermedad o retiro. También, porque su financiamiento se integra en forma tripartita, mediante aportaciones del patrón o empleador, del trabajador y el Estado; su ámbito subjetivo se reduce a las personas que mantienen un vínculo laboral y sus beneficiarios.

### 3. Modelo Beveridgiano

Como cita obligada, respecto a los seguros sociales, como instrumentos o herramientas en la protección social, nos referiremos al sistema británico de la época de la Segunda Guerra Mundial, denominado *Plan Beveridge*, que introdujo Sir William Beveridge,<sup>74</sup> en 1942, como presidente de la Comisión interministerial y

---

<sup>74</sup> Una de las características de este Plan, es la concepción de la Seguridad Social como un sistema integral que comprende a toda la población, con independencia del núcleo obrero o trabajador independiente. La idea fundamental era crear un sistema de protección universal, no sólo para la clase trabajadora, soslayando el criterio profesional y utilizando un criterio amplio, sobre la base de la redistribución de la renta, con un espíritu solidarista de reparto entre quienes más tenían y los que poseían menos.

cuando se realizarían tales reformas, mediante dos importantes informes de 1942 y 1944.

El primero de ellos, titulado *Social Insurance and Allied Services, Londres, 1942*, constituyó la base de los vigentes Sistemas de Seguridad Social en algunos países de Europa. El segundo denominado *Full Employment in a Free Society*, con una perspectiva económica más que de seguridad social. El primer informe contiene una crítica a los seguros sociales, sobre la base de redistribución de la renta o ingresos para hacer frente a situaciones de necesidad y, quizás lo más importante, una defensa del principio de universalización del Sistema desde el punto de vista objetivo y subjetivo; además de proponer la desvinculación de los salarios y cotizaciones y propugnar para que el Estado asuma el déficit que se genera en la protección de situaciones de necesidad.<sup>75</sup>

En nuestro sistema jurídico, la protección social tuvo sus inicios en el Constituyente de 1916-1917, que plasmó las ideas que dieron origen al constitucionalismo social mexicano, y con ello al nacimiento de los derechos sociales: a la educación, a la salud y a la seguridad social, contenidos en los artículos 3º 4º y 123º de nuestra Constitución vigente.

En relación con los modelos de protección a que hacemos referencia, en nuestra Constitución vigente, prevalece un modelo híbrido, dual o mixto de protección social. Lo llamamos así porque, en él se combinan algunos elementos del modelo bismarckiano, por lo que hace a la concepción del derecho de la seguridad social, su financiamiento tripartito y su limitado ámbito subjetivo, es decir, que se dirige sólo a trabajadores y sus beneficiarios. Esto es lo que denominamos como primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y emanan del artículo 123, Apartado A, Fracción XXIX y Apartado B, Fracciones XI y XIII.

También existen otros elementos del modelo beveridgiano, en cuanto a la universalización del ámbito subjetivo; es decir, se extiende a todo individuo o persona, con independencia de su posición en el mercado de trabajo, por su

---

<sup>75</sup> Alonso Olea, Manuel, Tortuero Plaza, José Luís. *Las Instituciones de Seguridad Social*. 18ª, Ed. Civitas, Madrid, 2002, pp. 19-20

financiamiento a partir de impuestos generales y la intervención del Estado en la rectoría del desarrollo nacional y de la economía, en atención al principio de distribución del ingreso y la riqueza, que permita el pleno ejercicio de la libertad y dignidad de los individuos, grupos y clases sociales y que tienen su fundamento en los artículos 4º, 25 y 26 de nuestra Constitución, que dan origen a lo que denominaremos como tercer subsistema de protección social en salud en el nivel no contributivo o de asistencia social, con enfoque al derecho de la salud y la asistencia social como tipo o categoría de servicio público de salud.

Este modelo híbrido, dual o mixto de protección social, con los subsistemas referidos, forma parte del Sistema Nacional de Salud en México. Enseguida nos referiremos al SNS, algunos antecedentes del mismo, su integración o conformación y los fines, que dirigimos a la protección de la salud y el derecho de la seguridad social.

### *C. Sistema Nacional de Salud. Subsistemas de protección social*

Consideraremos en forma breve el concepto de sistema, después analizaremos y describiremos el Sistema Nacional de Salud Mexicano, el primer y segundo subsistemas de protección de la seguridad social en los niveles contributivos y el subsistema de protección social en salud que se comprenden o integran en el SNS, porque es en dicho sistema y subsistemas donde ubicamos las dos dimensiones de la hipótesis de nuestro trabajo de investigación.

Conforme con el diccionario,<sup>76</sup> “*sistema*: del latín *systema*, y éste del gr. *συστημα*, significa: 1. *m. Conjunto de reglas o principios sobre una materia racionalmente enlazados entre sí.* 2. *m. Conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto.*

El término sistema, se ha convertido en uno de uso generalizado en diversos campos de la actividad y del conocimiento humano: por ejemplo, se habla de sistema jurídico, sistema social, sistema de protección social, sistema financiero, sistema político, sistema de información, sistema biológico, sistema presidencial y sistema

---

<sup>76</sup> Diccionario de la Real Academia Española. 22ª, Tomo II, h/z, España, 2001, p. 2073.

penitenciario entre otros. No obstante la diversidad de usos, todos ellos tienen como núcleo común la idea de un conjunto de elementos, entre los cuales se establecen relaciones en forma ordenada, estable, coordinado y con un objetivo o fin determinado.

En virtud de que las dos dimensiones de la hipótesis planteada las derivamos de nuestro sistema jurídico, hacemos referencia al concepto de sistema en el ámbito del derecho, que no es nuevo, pues importantes autores han explicado el derecho como un sistema.<sup>77</sup> Nos interesa y por ello coincidimos con López Ayllón, en que el sistema jurídico está constituido,<sup>78</sup> en cuanto a su estructura, *por un conjunto interrelacionado de instituciones*; respecto de la regulación sustantiva y de procedimiento, *por un conjunto de normas*; y *en relación con los sujetos destinatarios, por las personas en lo individual o colectivo*, que buscan o tienden a la realización de un fin u objetivo determinado.

Entenderemos por Sistema Nacional de Salud, el conjunto de elementos identificados, que actúan y se interrelacionan y coordinan en forma continua, en función de objetivos: programas, proyectos, acciones y finalidades, cuyo núcleo lo constituye el derecho constitucional a la protección social de la salud y de la seguridad social. De ésta, la prestación en especie consistente en la atención médica como tipo de servicio público de salud, y en cuya estructura se encuentran instituciones, organismos y dependencias públicas; además un entramado marco normativo o jurídico, en el que, para los efectos de nuestro estudio, sólo incluiremos las leyes federales: Ley General de Salud, reglamentaria del Artículo 4º, en especial la reforma de mayo de 2003, de la que deriva el tercer subsistema de protección social en salud que vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis; y las reglamentarias en materia de seguridad social, del 123º Constitucional, Apartado A, Fracción XXIX, y Apartado B, Fracción XI y XIII, de las que derivan el primer y

---

<sup>77</sup>Kelsen, Hans, *Teoría Pura del Derecho*. Trad, Roberto J. Vernengo. 13ª, Ed. Porrúa, México, 2003. Tamayo y Salmoran Rolando. *Sobre el sistema jurídico y su creación*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1976. Schmill Ordoñez, Ulises. *El sistema del derecho y sus aplicaciones*. González, María del Refugio. Comp, *Historia del derecho*. Universidad Autónoma Metropolitana, Instituto Mora, México, 1992.

<sup>78</sup> López Ayllón, Sergio. *Las transformaciones del sistema jurídico y lo significados de los derechos sociales en México*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1997, p.7.



segundo subsistema de protección de la seguridad social en los niveles contributivos, que vinculamos con la primera dimensión de la hipótesis planteada.

Por lo tanto, para los efectos de esta investigación, en adelante llamaremos primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en los niveles contributivos, a los que derivan de las leyes federales reglamentarias en materia de seguridad social en los niveles contributivos, del Artículo 123º Constitucional en los Apartados y fracciones referidas en el párrafo anterior; y como tercer subsistema de protección social en salud, al que deriva de la Ley General de Salud, reglamentaria del Artículo 4º Constitucional. Subsistemas de protección social que se integran e incluyen en el modelo híbrido, dual o mixto de protección social y en el Sistema Nacional de Salud, en el ámbito del sistema jurídico vigente.

De acuerdo con la información y datos de la Secretaría de Salud,<sup>79</sup> el SNS en nuestro país, tiene un poco más de 60 años de vida. Su fundación data de 1943, año en el que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud, el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado como el primero de los Institutos Nacionales de Salud; posteriormente nacieron el Instituto Nacional de Cardiología, en 1944; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, en 1946; el Instituto Nacional de Cancerología, en 1950; el ISSSTE, en 1960; y el Instituto Nacional de Neurología en 1964.

Con estas instituciones públicas se buscó responder a las demandas del desarrollo industrial en el país, mediante el cuidado de la salud de la población económicamente activa u obrera en el sector privado y público, atendida en los institutos de seguridad social. La Secretaría de Salud se responsabilizó de la salud de la población restante, llamada *población abierta*, entre ella los grupos de campesinos, ejidatarios, indígenas y grupos de población urbanos que no eran derechohabientes de los institutos de seguridad social.

Al inicio de la década de los 70's, una serie de reformas legislativas y estructurales, entre ellas la expedición de la segunda Ley del Seguro Social en 1973 en la cual se adicionó un régimen voluntario y se incorporaron las prestaciones

---

<sup>79</sup> Véase: [http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta\\_010702/hoja7.html](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html). Consulta diciembre de 2009.

sociales, dirigidas no sólo a los asegurados y derechohabientes de las instituciones de seguridad de social, también a otros grupos sociales como ejidatarios, campesinos, indígenas, no asalariados; es cuando surge la creación de un Sistema Nacional de Salud. Ésta es entre otras, también una de las razones o motivos por las cuales nuestro trabajo de investigación se delimitó al período 1970-2008.

Entre las reformas estructurales, en 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad; para denominarse IMSS PROGRESA en el período 1995-2000 y convertirse en IMSS Oportunidades en el período 2001-2006.<sup>80</sup> Este programa y su componente de prestación de servicios públicos de salud, se dirigió y dirige en la actualidad, a la población abierta, es decir aquella excluida de la seguridad social en el nivel contributivo, especialmente a grupos de población en el campo o grupos vulnerables por estar en pobreza o pobreza extrema. Programa que se caracteriza por la gratuidad en la prestación del servicio público de salud; sectorizado al IMSS en su operación, funcionamiento, regulación y cuyo financiamiento deriva de recursos públicos que provienen de impuestos generales.

En 1983, mediante iniciativas legislativas,<sup>81</sup> se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, y en 1984,<sup>82</sup> se promulgó la Ley General de Salud, reformada en mayo de 2003. En este contexto, inició un proceso estructural denominado la descentralización de los servicios de salud, dirigido a la población o personas no aseguradas o derechohabientes de la seguridad social, que se tradujo en la transferencia de facultades, atribuciones, funciones y recursos hacia los gobiernos de las entidades federativas para el fortalecer a las Secretarías de Salud en el ámbito local en la prestación de los servicios de salud. Este proceso se formalizó, mediante acuerdos nacionales de coordinación para la descentralización y de modernización administrativa de la Secretaría de Salud en el ámbito federal.<sup>83</sup>

---

<sup>80</sup> En el período de gobierno actual 2007-2012, de Felipe Calderón Hinojosa, continúa con la denominación IMSS Oportunidades y además es prestador de servicios públicos de salud en el tercer subsistema de protección social en salud a través del seguro popular de salud.

<sup>81</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 3 de Febrero de 1983.

<sup>82</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 7 de Febrero de 1984.

<sup>83</sup> Fuente: Diario Oficial de la Federación. Acuerdos de Coordinación para el Programa de Descentralización de los servicios de salud, México: 1984-1986. Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa, SSA, 1985-1987.

En el Sistema Nacional de salud, advertimos la existencia de tres vertientes de prestadores de servicios de salud. La primera se constituye por el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, que pretende cubrir y proporcionar atención médica, aproximadamente a un 50 por ciento de la población total en el país: el IMSS tiene a su cargo a los trabajadores del sector privado o formal de la economía, mientras que el ISSSTE atiende a los empleados públicos del gobierno federal o local; las fuerzas armadas mexicanas, tienen su propia institución de seguridad social denominada ISSFAM; así mismo tienen sus respectivas instituciones u organismo de seguridad social de los trabajadores de PEMEX. En estos subsistemas de protección social, ubicamos la primera dimensión de la hipótesis planteada.

En la segunda vertiente, ubicamos a los prestadores de los servicios públicos de salud en el tercer subsistema de protección de protección social en salud, en el nivel contributivo o asistencial, que derivó de la reforma a la Ley General de Salud en agosto de 2003, mediante la cual se implementó el llamado sistema de protección social en salud y su brazo operativo el seguro popular de salud. Este tercer subsistema, pretende el acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, a las personas o familias no derechohabientes de la seguridad social en nivel contributivo o población abierta que constituye de manera aproximada el 50 por ciento restante del total de habitantes en nuestro país, en su mayoría campesinos, ejidatarios, indígenas, no asalariados, entre otros. Las instancias más importantes de esta vertiente y tercer subsistema, para proporcionar los servicios de salud, con la capacidad instalada de infraestructura hospitalaria y médica, son en el ámbito federal: la Secretaría de Salud; Secretaría de Desarrollo Social a través del programa OPORTUNIDADES en el que se incluyen el seguro popular de salud dirigido a la atención de los adultos mayores y las personas de 70 años y más; el INAPAM y el DIF nacional.

En el ámbito de las entidades federativas, los organismos y dependencias que conforman los sistemas estatales de salud; secretarías de salud y servicios de salud como organismos públicos descentralizados con sus respectivos REPSS; secretarías estatales de desarrollo social, y DIF estatal o municipal; En esta

vertiente y tercer subsistema de protección social en salud, ubicamos la segunda dimensión de la hipótesis de este trabajo de investigación.

Por último, la tercera vertiente o privada, que se integra con la prestación de los servicios de salud a la cual puede acceder cualquier persona con capacidad económica de pago en el sector privado. Ésta se incluye en el Sistema Nacional de Salud, sin embargo no la ubicamos en ninguna de las dimensiones de la hipótesis de nuestro trabajo de investigación, por no ser objeto del presente estudio.

En los términos de la Ley General de Salud,<sup>84</sup> el Sistema Nacional de Salud en su estructura, estará constituido por dependencias y entidades de la administración pública, del ámbito federal y local, así como por personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud; y su objeto es el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, que nos permitimos esquematizar en la Tabla 1 siguiente.

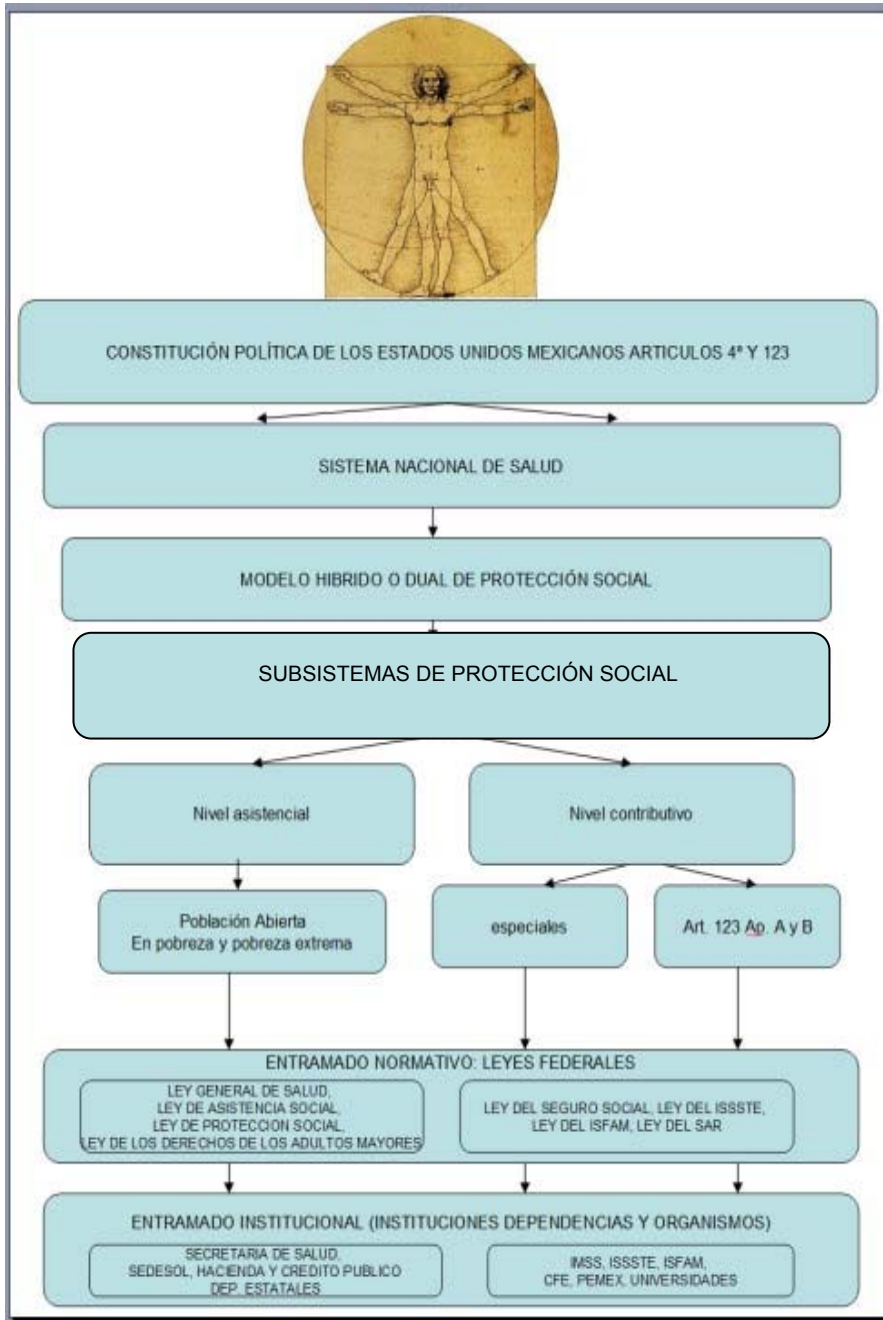
En la tabla 1 siguiente,<sup>85</sup> visualizamos de manera gráfica la estructura y entramado normativo de éste sistema

---

<sup>84</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 7 de Febrero de 1984. Artículos 5º y 6º.

<sup>85</sup> Elaboración propia, fuentes legales vigentes, información estructural y operativa derivada de experiencia laboral en el sector salud en el nivel nacional y local. A la cabeza del sistema, el ser humano, como punto de partida vertebral de este sistema.

Tabla 1



Precisado en forma somera el origen, evolución, estructura e integración y objeto, así como la visualización gráfica en la tabla anterior, del Sistema Nacional de Salud, como sistema complejo y dinámico, cuyo principio rector es el de proteger,

mejorar y restablecer la salud del ser humano, como derecho fundamental; en seguida abordaremos la seguridad social en nuestro país, su origen, desarrollo, algunas ideas o aproximaciones conceptuales de términos como la seguridad social, derecho de la salud, asistencia social y niveles de protección, por su vinculación con los tres subsistemas de protección social que hemos expresado y en los que ubicamos las dos dimensiones de nuestra hipótesis.

#### *D. Seguridad Social*

##### 1. La Seguridad Social en México, origen y desarrollo

No pretendemos hacer una historia amplia y pormenorizada de las causas y orígenes de la seguridad social en nuestro país, trataremos una sinopsis de la misma y procuraremos centrarnos en el período delimitado. Es en el pensamiento de don José María Morelos y Pavón, *Sentimientos de la Nación*,<sup>86</sup> donde estimamos se sientan las primeras ideas de la seguridad social al exponer: *“Que como la buena ley es superior a todo hombre, las que dicte nuestro Congreso deben ser tales que obliguen a constancia y patriotismo, moderen la opulencia y la indulgencia, y de tal suerte se aumente el jornal del pobre, que mejore sus costumbres, aleje la ignorancia, la rapiña y el hurto.”*

Durante el Porfiriato, fueron importantes para el desarrollo del derecho del trabajo y de la seguridad social los movimientos de las Huelgas de Cananea en 1906 y Río Blanco en 1907,<sup>87</sup> tendientes a conseguir mejores condiciones de vida para la clase trabajadora, como: un salario mínimo, trato humanitario, una jornada máxima de ocho horas y formas de organización laboral colectiva.

El Programa del Partido Liberal de 1906,<sup>88</sup> cuna política de Revolución de 1910, que se inició en San Luís Potosí con la Constitución del Círculo Liberal Ponciano Arriaga (constituyente de 1857) y encabezado entre otros por los hermanos Flores Magón, es un documento importante que abarcó la problemática social,

---

<sup>86</sup> De la Torre Villar, Ernesto. *La Constitución de Apatzingán y los Creadores del Estado Mexicano*. UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, Publicación 92, México, 1964, p. 375.

<sup>87</sup> Silva Herzog, Jesús. *Breve Historia de la Revolución Mexicana*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1965, p. 38.

<sup>88</sup> De la Cueva, Mario. *El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo*. T. II, 6ª, Ed. Porrúa, México, 1991, p. 26-27.

económica, política y jurídica en los años finales del Porfiriato; sin embargo, no se encuentra en el mismo, algún antecedente propiamente dicho de la seguridad social ni de la previsión social.

En materia de legislación sobre accidentes de trabajo -idea del riesgo profesional- destacan la promulgada por el general Bernardo Reyes, Gobernador del Estado de Nuevo León en 1906; en 1915 en Yucatán se dictó la Ley del Trabajo,<sup>89</sup> a iniciativa del general Salvador Alvarado, en su calidad de Gobernador del Estado, ordenamiento en el que por vez primera se estableció el seguro social en nuestro país, pues el artículo 135 establecía que el gobierno fomentaría asociaciones mutualistas en las que los trabajadores fueran asegurados contra los riesgos de vejez y muerte.

De la Revolución de 1910 a la Constitución de 1917,<sup>90</sup> podemos distinguir dos periodos: la Era Maderista, con el Plan de San Luís, Madero inició el movimiento armado y abogó por un retorno al sistema democrático de la Constitución de 1857. En ella no se encuentran antecedente de la seguridad social; tampoco en los años de la denominada revolución constitucionalista desencadenada por el golpe militar de Victoriano Huerta y el asesinato del presidente Madero. En febrero de 1913 la legislatura del Estado de Coahuila, concedió facultades extraordinarias al gobernador Carranza, para que *“procediera a armar fuerzas para coadyuvar al sostenimiento del orden constitucional”*, y excitó a los gobiernos de las entidades federativas, para que desconocieran el gobierno de Huerta, expidió el “Plan de Guadalupe” que sirvió de estandarte a la Revolución, sin que en el mismo se encuentre referencia alguna a las cuestiones sociales, pues estas fueron abordadas, mediante la adición a dicho Plan en diciembre de 1914, y es precisamente con dichas adiciones cuando el plan político se convierte en plan social.<sup>91</sup>

Después del movimiento armado, el Constituyente de 1916-1917 abordó el aspecto laboral en el artículo 123, y en la fracción XXIX se fincaron las bases de la

---

<sup>89</sup> Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*, Harla, México, 1987, p. 82.

<sup>90</sup> De la Cueva, Mario. *El Nuevo Derecho Mexicano del Trabajo*. T. II, 6ª, Ed. Porrúa, México, 1991, p. 26-27.

<sup>91</sup> Carpizo, Jorge. *La Constitución Mexicana de 1917*. 14ª, Ed. Porrúa, México, 2004, p.42.

seguridad social, cuyo texto original, transcribimos a continuación:<sup>92</sup> "XXIX. Se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidente y de otros fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de ésta índole para infundir e inculcar la previsión popular."

La carta social de 1917, se postuló como la primera que dio naturaleza constitucional a la seguridad social. Durante la segunda década del siglo pasado, la legislación sobre seguridad social fue escasa, pues fueron años de luchas armadas y convulsiones políticas; de manera que los beneficios de esta disciplina jurídica, no obstante estar plasmados en preceptos constitucionales, tardaron en concretarse.

En 1925,<sup>93</sup> encontramos el antecedente de la primera institución de seguridad social en nuestro país: la *Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro*, en la actualidad el ISSSTE, que ofertaba a los trabajadores al servicio del Estado, pensiones de retiro a la edad de 55 años y a los 35 años de servicio.

En 1929, bajo el gobierno de Emilio Portes Gil, se reformó el artículo 123 Constitucional en cuya fracción XXIX, se estatuyó "se considera de utilidad pública la expedición del seguro social, y ella comprenderá los seguros de invalidez, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes y, otros con fines análogos."<sup>94</sup>

En 1943, en la administración de gobierno de Ávila Camacho, el Congreso de la Unión aprobó la iniciativa de Ley del Seguro Social, y en ella se determinó que: "la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios

---

<sup>92</sup> Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Nuevo Derecho a la Seguridad Social*. 5ª, Ed. Porrúa, México, 2001, p.89. Y Diario Oficial de 5 de Febrero de 1917.

<sup>93</sup> En esa época, la esperanza de vida promedio era de 33 y 34.7 años de edad para hombres y mujeres. INEGI. *Mujeres y Hombres en México 2007*,. 11ª, México, 2007, p. 87. Lo que resulta una paradoja, pues en la práctica no operaba tal disposición, en atención a la esperanza de vida. Con la creación de esta dirección, inició la fragmentación o segmentación institucional en materia de seguridad social.

<sup>94</sup> De Buen L. Néstor. *Seguridad Social*. 2ª, Ed. Porrúa, México, 1969, p. 256 y 257.

Desde el punto de vista de Néstor de Buen, esta modificación constitucional se anticipaba a la expedición de los planes Beveridge, al vincular al Estado con la responsabilidad de dictar leyes de previsión, que asumirían la forma del seguro social.



*sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.*”<sup>95</sup> Surge en 1943, el IMSS y con él, el primer ordenamiento legal que lo regía, cuya misión consistía en ser instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional.

La razón de ser del IMSS, como la institución más importante de seguridad y solidaridad social ha sido, desde su creación, garantizar servicios de salud oportunos y de alta calidad, ofrecer pensiones dignas y suficientes y otorgar los servicios sociales necesarios que promuevan el bienestar individual y colectivo de los mexicanos.

Una reforma legislativa importante, se refiere a la creación de la segunda Ley del Seguro Social, que abrogó a la anterior de 1943. Esta nueva ley de 1973, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de abril de dicho año. Los propósitos fundamentales de esta fueron: ampliación en la cobertura de población; es decir, ampliar los sujetos de aseguramiento -tendencia del principio de universalidad de la seguridad social- además de los trabajadores, se hizo extensiva a los *ejidatarios, comuneros, colonos, pequeños propietarios, no asalariados y trabajadores domésticos*; se distinguieron dos tipos de seguros el obligatorio, que ya existía y se adicionó el seguro voluntario, en el se incluyeron las figuras de la *incorporación y la continuación voluntaria, y los seguros adicionales*; además, en los ramos asegurados el de IVCM, comprendió el seguro de vejez y de cesantía en edad avanzada, con los requisitos de edad respectivamente de 65 y 60 años. La importancia de esta ley la resaltamos, por la inclusión de las denominadas *prestaciones sociales o seguros sociales* que comprendían: prestaciones sociales y servicios de solidaridad; promoción de la salud, educación, mejoramiento de alimentación y vivienda, actividades culturales y deportivas; centros vacacionales y velatorios, cuya finalidad era elevar el nivel de vida individual y colectivo.<sup>96</sup>

En febrero de 1992, en el sexenio Salinista, mediante decreto presidencial, se creó la figura *ahorro para el retiro*, y se expidió la Ley para la Coordinación de los

---

<sup>95</sup> *Ley del Seguro Social*, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 19 de Enero de 1943, artículo 2°. Esta ley amplió o expandió el esquema del seguro social, como instrumento de la seguridad social.

<sup>96</sup> Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho Mexicano de lo Seguros Sociales*,. Harla, México, 1987, pp. 96-119.

Sistemas de Ahorro para el Retiro, que constituyó uno de los factores sobre todo económico, que motivaron reformas en esta Ley del Seguro Social y en el IMSS, para concluir en 1995, con la expedición de la NLSS, que inició su vigencia el primero de julio de 1997.

El ISSSTE es, al igual que el IMSS, uno de los institutos públicos importantes en el país, a través de los cuales, se cumple con los derechos de seguridad social para un sector de la población, que lo integran los trabajadores al servicio público del Estado, regulados por el Apartado B, del Artículo 123 Constitucional. Éste último, con la capacidad instalada de su infraestructura hospitalaria y médica, proporciona servicios de atención médica, hospitalaria, quirúrgica y farmacéutica; inclusive cuenta con programas, acciones y clínicas de atención especializada para las personas adultas mayores, como el Hospital general Adolfo López Mateos, en la ciudad de México.

El antecedente de lo que hoy conocemos como el ISSSTE, data de 1925, con la creación de la Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro, que ofertaba a los trabajadores al servicio del Estado, pensiones de retiro a la edad de 55 años y a los 35 años de servicio, para el maestro Briceño Ruiz,<sup>97</sup> no cubría servicios de salud ni protección de salarios.

En la época del general Lázaro Cárdenas,<sup>98</sup> el 5 de noviembre de 1938, se expidió el primer Estatuto de los Trabajadores al Servicios de los Poderes de la Unión, reformado en abril de 1941, bajo el gobierno del general Manuel Ávila Camacho y que sentaría las bases de un derecho burocrático.

Mediante decreto promulgado el 21 de octubre de 1960, publicado en el DOF de 5 de diciembre del mismo año, la Carta Fundamental es reformada en su artículo 123 que sólo comprendía el Apartado A y se adicionó con el diverso Apartado B, que abrogó el Estatuto de los Trabajadores al Servicio de los Poderes de la Unión, con el título *Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores*, en cuya fracción XI, se estableció el derecho a la seguridad social de

---

<sup>97</sup> Ibidem, p. 289.

<sup>98</sup> Trueba Urbina, Alberto, Trueba Barrera, Jorge. *Legislación Federal de Derecho Burocrático, con comentarios, jurisprudencia y disposiciones complementarias*. 38<sup>a</sup>, Ed. Porrúa, México, 1999, p.15-16.

los trabajadores burócratas, en esta fracción se incluyeron prestaciones como el seguro de vejez.

El 28 de diciembre de 1959, durante el sexenio de Adolfo López Mateos, se expidió la primera Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el DOF de 30 de diciembre de 1959, e incorporó prestaciones de seguridad social como las contenidas en la primera ley del IMSS de 1943. Esta primera ley del ISSSTE, nació primero que la Ley Reglamentaria del Apartado B, del artículo 123 Constitucional, publicada en el DOF de 28 y entró en vigor el 29 de diciembre de 1963. Posteriormente nace la segunda Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en 1983, publicada en el DOF de 27 de diciembre del mismo año y entró en vigor al día siguiente y derogó la primera ley de 1959. Esta segunda ley del ISSSTE de 1983, fue reformada en julio de 1992, mediante esta reforma se le incorporaron las disposiciones legales contenidas en la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro, en cuanto a la prestación del ahorro para el retiro.

La tercera Ley del ISSSTE es la vigente, publicada en el DOF de 31 de marzo de 2007, que abrogó la anterior ley de 1983.

En la fracción XIII del Artículo 123º, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se regulan las condiciones mínimas en las relaciones laborales de los militares, y por esta disposición constitucional se sujetan a las leyes que para tal efecto se emitan. Respecto del derecho de la seguridad social de los integrantes de las fuerzas armada, aérea y ejército, éste se encuentra previsto en la fracción XI del dispositivo constitucional en cita, e incluye prestaciones en especie como los servicios de salud y prestaciones en dinero como el derecho a obtener pensiones por invalidez y vejez; a disfrutar de la vivienda a través de la integración de un fondo nacional para tal efecto con aportaciones del Estado, entre otras prestaciones.

Con éste fundamento constitucional y como reglamentaria del mismo, en 1976 se expidió la primera Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y el 9 de julio del 2003, fue publicada en el DOF, la ley vigente. En este ámbito, además de las leyes de referencia, se han creado institutos y organismos que

participan en la prestación de servicios de salud y seguridad social para las fuerzas armadas mexicanas como el ISSFAM.

En relación con la prestación de servicios de salud y de seguridad social, en los modelos especiales de los trabajadores del IMSS, PEMEX y CFE; el de los trabajadores del IMSS, cuenta con una regulación específica el RJP, respecto de las prestaciones en dinero consistentes en el pago pensiones; la prestación en especie consistente en los servicios de salud se proporcionan a través de dicho instituto.

En el modelo de los trabajadores de PEMEX y sus beneficiarios, el organismo cuenta con instituciones, dependencias y marcos legales que regulan la prestación de los servicios de salud y de seguridad social para sus trabajadores. Para los trabajadores de CFE, la prestación de los servicios de salud se les proporciona a través del IMSS, las prestaciones en dinero como las pensiones, por dicho organismo federal y se regulan en el contrato colectivo de trabajo respectivo.

Lo anterior, lo consideramos a grandes rasgos como el origen y desarrollo de la seguridad social, en el nivel contributivo, que implica el derecho a recibir prestaciones en especie como los servicios de salud y prestaciones en dinero, como las pensiones, en virtud de la existencia de un vínculo laboral en el sector privado o el público, de financiamiento tripartito. Lo ubicamos en el primer subsistema de protección social correspondiente al IMSS y en el segundo subsistema de protección social, incluye al ISSSTE por una parte, por otra a PEMEX e ISSFAM.<sup>99</sup> Y lo vinculamos con la primera dimensión de la hipótesis planteada.

El tercer subsistema de protección social en salud en el que incluimos el seguro popular de salud, derivado de la reforma a la Ley General de Salud en agosto de 2003 y dirigido a las personas o familias que carecen de acceso o derechohabencia en los dos subsistemas expresados con anterioridad, es decir, la población abierta; la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, se proporcionan a través de la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica con la que cuentan, las dependencias, organismos e institutos en el ámbito del gobierno federal y el de las entidades federativas y que visualizamos

---

<sup>99</sup> Para los efectos de población o personas derechohabientes o con acceso a la seguridad social, en las estadísticas en el nivel nacional del INEGI: PEMEX e ISSFAM, también llamado SEDENA Y SEMAR, constituyen un solo rubro, ubicados como trabajadores del sector público.

de manera gráfica en la tabla 1 supra. Éste subsistema lo ubicamos en el nivel no contributivo o asistencial, y sólo comprende la prestación en especie de los servicios de salud y carece de prestaciones en dinero como las pensiones o de un modelo pensionario. Además lo vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada en este trabajo.

Al considerar a la asistencia social como un tipo o categoría de servicio público de salud, estimamos importante hacer referencia en este tercer subsistema, a los apoyos económicos a las personas de 70 años y más, derivados de los programas federales Oportunidades, apoyo a los adultos mayores y su componente el de 70 años y más, como programas específicos de protección social alimentaria, a este grupo de personas viejas.

En relación con algunas ideas o aproximaciones de los términos: asistencia social, derecho de la salud y seguridad social. En la doctrina se ha considerado la asistencia social, como uno de los instrumentos protectores a través de los cuales el Estado interviene para satisfacer las necesidades más esenciales de subsistencia y fundamentales para el desarrollo del ser humano. Sin embargo, la cobertura de acción de este instrumento de protección, se ha enfocado a determinados grupos de personas, a quienes se les denomina como grupos vulnerables, por estar en pobreza o pobreza extrema, por carecer de ingresos económicos que les permitan la satisfacción de necesidades básicas alimentarias, de salud y vivienda y que no tienen ningún tipo de protección social.

La raíz latina de la palabra asistencia proviene de *assistere* y *sistere*, que se refieren a socorrer, favorecer y ayudar. Para Ruiz Moreno,<sup>100</sup> la asistencia social es: *“el conjunto de normas de todo tipo, que integran una actividad del Estado y en su caso de los particulares, destinadas a procurar una condición lo mas digna, decorosa y humana, para aquellas personas que, imposibilitadas para satisfacer por si mismas sus necesidades elementales y de bienestar social, requieren del socorro y la ayuda altruista, no obligatoria de los demás”*.

La asistencia social la podemos dimensionar en el ámbito familiar, privado y público; siendo éste ultimo el que interesa para los efectos de nuestro estudio, y en el

---

<sup>100</sup> Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Nuevo derecho de la seguridad social*. Ob.cit. p.28.

cual, el Estado, a través de instituciones públicas, en los ámbitos federal y estatal, interviene mediante políticas, programas y acciones sociales para la protección de salud, de determinados grupos de población o personas, que no cuentan con recursos económicos.<sup>101</sup>

En nuestro país en 1986, el 09 de enero se publicó en Diario Oficial de la Federación, la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, en cuya exposición de motivos se señaló:<sup>102</sup> *“la realización de las acciones asistenciales adquiere desde el punto de vista constitucional y legal, una dimensión programativa como obligación del Estado, de establecer las condiciones para que los grupos mas necesitados de la población gocen progresivamente de los satisfactores que aseguren el pleno ejercicio de su derecho a la protección de la salud. El Estado queda comprometido a proporcionar en forma sistemática, servicios y asistencia social y a normar, promover y coordinar los que brinden los sectores social y privado. La asistencia social se divide así en dos grandes campos de acción. Por una parte, la protección de los individuos y grupos más débiles de la sociedad y por la otra, la relación de labores de fomento de la integración familiar y comunitaria en las cuales se tiene el propósito de abatir los índices de marginación a través de una acción educativa y orientadora”*.

El principio constitucional que constituye el fundamento para la asistencia social, esta contenido en el artículo 4º. Cuenta con diversas disposiciones reglamentarias, entre ellas, la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social. En las relaciones estructurales para su aplicación y operatividad, existen un conjunto de instituciones, organismos y dependencias tanto en el ámbito federal y local como: la Secretaría de Salud, SEDESOL y DIF, encargados de vigilar, desarrollar y coadyuvar al cumplimiento del artículo 4º constitucional y de las leyes en materia de asistencia social, mediante políticas, programas y acciones en esta materia, por parte del gobierno en los ámbitos federal, local y municipal.

---

<sup>101</sup>Mendizábal Bermúdez, Gabriela. *La Seguridad Social en México*. Ed. Porrúa, México, 2007, p.39  
Una clasificación detallada de la asistencia social puede verse en esta autora.

<sup>102</sup> Diccionario Jurídico sobre la Seguridad Social, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1994, p.74.

Es importante que expresemos, que entre los objetivos que tiene el Sistema Nacional de Salud, se encuentra el de colaborar al bienestar social de la población, mediante servicios y asistencia social, enfocados a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos.<sup>103</sup>

Algunos datos importantes relacionados con la seguridad social y la asistencia social, en México, los refiere Fajardo Ortiz,<sup>104</sup> quien expresó: que para el año 2000 éramos 97.5 millones de habitantes, de los cuales el 40 por ciento de su población, no contaba con seguridad social, el 50 por ciento eran derechohabientes de algún instituto IMSS, ISSSTE o ISSFAM y el 10 por ciento restante, sin estar asegurados socialmente contaban con medios económicos y no requerían de prestaciones de seguridad social.

En cuanto al término seguridad social, Manuel Alonso Olea y José Luís Tortuero Plaza, lo han definido como:<sup>105</sup> *“conjunto integrado de medidas públicas de ordenación para prevención y medio de riesgos personales mediante prestaciones individualizadas y económicamente valiables, encaminadas hacia la protección general de todos los residentes contra las situaciones de necesidad, garantizando un nivel mínimo de rentas”*.

Para la Organización Internacional de Trabajo la significación del término, es muy amplio y variable, pero esencialmente puede interpretarse como:<sup>106</sup>

*“la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”*

---

<sup>103</sup> Artículo 6º, Párrafo III, de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 7 de Febrero de 1984.

<sup>104</sup> Véase: Fajardo Ortiz, Guillermo. *La Atención médica en México a lo largo de siglo XX, en memorias del 1er coloquio interdisciplinario de seguridad social, en la UAM*. Ed. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 2002, pp. 127-131.

<sup>105</sup> Alonso Olea, Manuel, Tortuero Plaza, José Luís. *Instituciones de Seguridad Social*. 12ª, Ed. Cívitas, Madrid, 1990, p.31.

<sup>106</sup> Oficina Internacional del Trabajo. *Introducción a la Seguridad Social*. Ed. Omega, México, 1992, p.3.

Briceño Ruiz, sostiene que la seguridad social es;<sup>107</sup> “*el conjunto de instituciones, principios, normas y disposiciones que protegen a todos los elementos de la sociedad contra cualquier contingencia que pudieran sufrir, y permita la elevación humana en los aspectos psicofísico, moral, económico, social y cultural*”. Nosotros compartimos con Mendizábal Bermúdez,<sup>108</sup> la idea de que el concepto de seguridad social no se limita sólo a grupos sociales, pues reconoce que cada individuo en su carácter de miembro de una sociedad humana, requiere para el libre desarrollo de su personalidad, de la protección contra los riesgos sociales.

Por asistencia social, en los términos de la ley de la materia,<sup>109</sup> entendemos el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva, cuyo núcleo se dirige a la protección de la salud.

No obstante que el aspecto económico no lo abordamos en forma determinante, en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, en el desarrollo de la primera dimensión de la hipótesis planteada, haremos referencia genérica a modelos pensionarios derivados de las leyes de seguridad social vigentes y su relación con el sistema de ahorro para el retiro; así como a la insuficiencia en los montos de las pensiones que proporcionan las instituciones de seguridad social.

Dejamos claro que en el tercer subsistema de protección social, no se contempla un modelo pensionario o una pensión como prestación en dinero, pues sólo comprende la prestación en especie de los servicios públicos de salud a la persona. Desde nuestro punto de vista, la protección social debiera dirigirse a la persona en sí misma, con independencia de la existencia o no de un vínculo laboral, o de la aportación o contribución económica por parte de la persona para obtener la protección social. Nuestro siguiente punto, lo referiremos a lo que entendemos por

---

<sup>107</sup> Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*. Ed. Harla, 2ª, México, 1992, p.15.

<sup>108</sup> Mendizábal Bermúdez, Gabriela. *La Seguridad Social en México*. Ob. Cit. p.17.

<sup>109</sup> Ley de Asistencia Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de septiembre del 2004, artículo 3º.



niveles contributivo y no contributivo o asistencial de la protección social, porque los tres subsistemas de protección social que hemos referido, contemplan ambos niveles.

## 2. Niveles de protección social

Es conveniente hacer referencia a lo que entenderemos para nuestro objeto de estudio, por el nivel contributivo, en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social o sentido restringido de la protección social, que se dirige sólo a las personas y sus beneficiarios, que se encuentran aseguradas o afiliadas en dichos subsistemas; regulados por el Artículo 123º Constitucional. Así como el nivel de protección no contributivo o asistencial dirigido a la población abierta, o sentido amplio de la protección social, porque no requiere de la existencia de un vínculo laboral y se enfoca a la persona en sí misma, en los términos del Artículo 4º Constitucional, no obstante que en la práctica se focaliza a determinado grupo de personas, consideradas como grupo vulnerable en pobreza o pobreza extrema.

De esta manera ambos niveles de protección social en los subsistemas de referencia, los ubicamos en el Sistema Nacional de Salud y por lo tanto en nuestro sistema jurídico; de allí que hablemos de un modelo híbrido, dual o mixto de protección social, emanado de nuestra Constitución vigente.

### a. Nivel Contributivo

Conforme con el diccionario jurídico,<sup>110</sup> la palabra contribución tiene su origen etimológico en la expresión latina *contributio,-onis*. Es el sustantivo femenino que quiere decir acción y efecto de contribuir. El verbo contribuir significa, acción de concurrir con otros, aportando bienes para un fin determinado; en sentido fiscal dar o pagar la cuota en dinero que a cada quien le corresponde para sufragar gastos públicos.

---

<sup>110</sup> Diccionario Jurídico sobre Seguridad Social. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1994, pp. 137-138.

El fundamento constitucional de la contribución, como obligación, emana del artículo 31, Fracción IV, que dispone: *Son obligaciones de los mexicanos: IV.- Contribuir para los gastos públicos, así de la Federación, como del Distrito Federal o del Estado y municipio en que residan, de la manera proporcional y equitativa que dispongan las leyes.* En la inteligencia de que esta disposición constitucional, se relaciona con los diversos dispositivos de tal rango, el 4º respecto del derecho de la protección de la salud; el 25º, relativo al principio de rectoría económica y de distribución del ingreso y la riqueza a cargo del Estado y por supuesto el artículo 123º, respecto del derecho a la seguridad social.

En materia de seguridad social, el término contribución se utiliza para identificar las aportaciones en dinero, que efectúa el Estado para el financiamiento de algunos seguros, servicios y prestaciones en favor de los asegurados y sus beneficiarios. La aportación que realizan los patrones y los trabajadores, en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, se les conoce como cuotas obrero-patronales y constituyen lo que se denomina aportaciones de seguridad social.<sup>111</sup>

En los términos del artículo 2º del Código Fiscal de la Federación,<sup>112</sup> las aportaciones de la seguridad social, son las contribuciones establecidas en la ley a cargo de personas que son sustituidas por el Estado en el cumplimiento de obligaciones fijadas por la ley en materia de seguridad social, o a las personas que se benefician en forma especial por servicios de seguridad social proporcionados por el mismo Estado.

De esta manera concluimos que el término contribución es el género y las aportaciones de seguridad social, cuotas obrero-patronales y cuota social, constituyen la especie.

La integración de las contribuciones en este nivel del primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social, se les conoce como aportaciones

---

<sup>111</sup> Leyes vigentes en materia de seguridad social: la Ley del Seguro Social Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995; Ley del ISSSTE publicada en Diario Oficial de la Federación de 30 de marzo de 2007 y Ley del ISFAM publicada en Diario Oficial de la Federación de 9 de julio de 2003.

<sup>112</sup> Código Fiscal de la Federación, en vigor a partir del 1º de enero de 1983. Fiscoagenda, Ed, Fiscales, ISEF, 17ª, México, 2001, artículo Primero Transitorio, p.211.

tripartitas o bipartitas, pues en ella participan los patrones o empleadores, los trabajadores y el Estado a través del gobierno federal.

Los porcentajes de las aportaciones, cuotas obrero patronales y cuota social y sus montos, se determinan conforme con el salario base de cotización de los trabajadores o sujetos asegurados, en atención a los ramos de seguridad establecidos en las leyes de seguridad social. Para los efectos de nuestro objeto de estudio, circunscribiremos este nivel sólo a las contribuciones en el seguro de vejez que desarrollaremos en el capítulo I, de la segunda parte de este trabajo de investigación.

Este nivel se caracteriza por la existencia de un vínculo o relación de trabajo, la afiliación o registro ante un instituto de seguridad social, el cumplimiento de tiempos de cotización en semanas y la ubicación en cualquiera de los seguros de maternidad, enfermedad, invalidez, CEA y vejez, accidentes y riesgos de trabajo; de manera que la contribución proporciona, el derecho a recibir prestaciones en especie como atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación; y también prestaciones en dinero como subsidios, asignaciones familiares, ayuda asistencial y pensiones, tanto a los sujetos asegurados como a sus beneficiarios, previo el cumplimiento de los requisitos legales establecidos en las leyes de seguridad social.

#### b. Nivel no contributivo o asistencial

Mediante una interpretación en sentido contrario, a lo que entendemos por nivel contributivo, este nivel se caracteriza porque no establece de manera directa una contribución, aportación o cuota en dinero, con cargo a la persona que reciba las prestaciones o beneficios.

Este nivel de protección, se dirige en favor de aquellas personas que carecen de acceso a la protección de la seguridad social en el nivel contributivo, porque no realizan o no han realizado una actividad laboral, o habiendo realizado tal actividad, no cuentan con ingresos para atender necesidades básicas de alimentación o demuestran una situación de necesidad, riesgo o contingencia protegida, como

invalidez, incapacidad, carencia de ingresos, se focalizan en los denominados grupos vulnerables en pobreza o pobreza extrema.

Las prestaciones que en términos generales se comprenden en este nivel, están enfocadas esencialmente a la protección del derecho de la salud; es decir, atención médica, hospitalaria, quirúrgica y farmacéutica. De allí la denominación de nivel no contributivo o asistencial, y encuentra su fundamento en el artículo 4º, de nuestra Constitución, en la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social y su relación con los artículos 25 y 31 Fracción IV, del pacto fundamental.

En este nivel, en forma excepcional, se proporcionan prestaciones en dinero, en forma temporal o permanente, consistentes en apoyos o ayudas económicas, destinadas a necesidades alimentarias, que se soportan o derivan, por lo general, de los programas y políticas sociales en materia de protección social, por parte del gobierno federal o de los locales, como el programa OPORTUNIDADES para adultos mayores y su componente de 70 años y más. Este tipo de apoyos económicos no tienen la naturaleza de una pensión derivada del primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

Los gastos económicos o de financiamiento que se destinan en este nivel de protección, se consideran también como aportaciones de seguridad social, con cargo en las partidas presupuestales de los gobiernos federal o estatal, y se enmarcan como contribuciones para los gastos públicos o gasto social; es decir, para cubrir necesidades colectivas, sociales o públicas, a través de gastos específicos o generales, cuya recaudación, corresponde al Estado mexicano,<sup>113</sup> en los términos de la obligación constitucional contenida en la fracción IV, del artículo 31º y su relación con los artículos 25 y 4º de dicho texto constitucional.

En relación con el término *insuficiencia*, contenido en las dos dimensiones de nuestra hipótesis, lo referimos y relacionamos con los niveles o ámbitos de la

---

<sup>113</sup> En cuanto al concepto de gasto público y a la obligación constitucional de contribuir, consideramos importante la Tesis de Jurisprudencia P./J.15/2009 del Pleno de la Suprema Corte de la Justicia de la Nación, publicada en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Novena Época, Tomo XXIX, Abril de 2009 p.1116, cuyo rubro es: GASTO PÚBLICO. EL PRINCIPIO DE JUSTICIA FISCAL RELATIVO GARANTIZA QUE LA RECAUDACION NO SE DESTINE A SATISFACER NECESIDADES PRIVADAS O INDIVIDUALES.

protección social de la vejez. El diccionario,<sup>114</sup> precisa que el término suficiencia se define como: suficiencia. (Del lat. *sufficiētia*) 1.f. capacidad (ll aptitud); y el termino Insuficiencia como, (Del lat. *insufficiētia*) 1. f. Falta de suficiencia. 2. f. Cortedad o escasez de algo.

Para el objeto de estudio de nuestra investigación, el término insuficiencia lo referimos al ámbito objetivo, es decir a la situación o hecho protegido, pues en el nivel contributivo, la protección social se limita a la vejez considerada ésta como contingencia o riesgo laboral en atención a la edad de la persona y los períodos de cotización o años de servicio laboral; en el nivel no contributivo o asistencial, al hecho a protegerse, consistente en la situación o estado de necesidad análogo a la pertenencia a un grupo vulnerable por estar en pobreza o pobreza extrema; y en el ámbito subjetivo, en cuanto a la cobertura de la protección social, que en el primer y segundo subsistema, se limita a la persona aseguradas o afiliadas en dichos subsistemas y en el tercer subsistema sola aquellas personas que se ubiquen en el hecho protegido o situación de necesidad en nivel no contributivo o asistencial. Ámbitos de protección que, desde nuestra perspectiva, están ligados de manera estrecha con la capacidad de la infraestructura hospitalaria y médica, a través de la cual se proporcionan los servicios públicos de salud.

De esta manera la insuficiencia, se produce como consecuencia de los supuestos contenidos en las dos dimensiones de la hipótesis de esta investigación, y no sólo a los montos económicos de una pensión o apoyo sexenal.

Dentro de esta primera parte de nuestro trabajo de investigación, como complementario al marco conceptual general, consideramos conveniente un marco conceptual específico referente a algunas aproximaciones terminológicas de la vejez, desde las diversas perspectivas, como hecho biológico, como riesgo laboral o como situación o estado de necesidad, y concluir con nuestra aproximación al concepto de vejez. Ello porque, en nuestro sistema jurídico, advertimos una ausencia o vacío legislativo en el concepto de vejez, no obstante el entramado normativo, por excesiva reglamentación en materia de seguridad social y del derecho de la salud. También es importante conocer y describir los indicadores sociodemográfico,

---

<sup>114</sup> Diccionario de la Real Academia Española, 22ª, T. h/z, p. 2106 y 1287.

relacionados con el fenómeno del envejecimiento de la población y el tema de la vejez, pues ambos aspectos forman parte del núcleo de nuestro objeto de estudio, lo que realizaremos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III  
MARCO CONCEPTUAL ESPECÍFICO  
LA VEJEZ: PRECISIONES  
TERMINOLÓGICAS

## A. Aproximación conceptual de la vejez

Hemos expresado que, en el ámbito doctrinario, son distintos y variados los términos utilizados para referirse a las personas viejas, entre ellos: anciano, senecto, geronte, personas de edad, adulto mayor, adulto en plenitud, tercera edad, cuarta edad, última edad, segunda juventud, senil, senescente, abuelo, añoso, antiguo, decrepito y longevo.<sup>1</sup>

También hemos expresado que la diversidad en la utilización de los términos referentes a las personas viejas, nos lleva a deducir que es preferible utilizar tales conceptos, pues el vocablo *viejo* o *vejez*, al parecer, denota un aspecto peyorativo hacia la persona, pues la connotación de tal término, en el aspecto negativo, se relacionaba como un *problema*, es decir, la vejez, sinónimo necesario de enfermedad, pobreza, soledad, incapacidad o dependencia. Ello nos motivó a investigar sobre el concepto de la vejez, relacionándolo con el derecho constitucional a la protección de la salud y el de la seguridad social, en el nivel contributivo y en el nivel no contributivo o asistencial.

En los términos del diccionario,<sup>2</sup> la vejez se define como: *1. f. Calidad de viejo. 2. f. Edad senil, senectud. 3. f. Achaques, manías, actitudes propias de la edad*

---

<sup>1</sup> Ponce Esteban, Maria Enriqueta. *Situación jurídica de la vejez en México frente al panorama mundial*. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana, Núm.37, México, 2007, p.81. En la Unión Europea se ha acuñado el término de cuarta edad para referirse legalmente a las personas mayores de 80 años, cuya característica principal es la dependencia como estado o situación apremiante de la vejez en el contexto relacionado con la salud, y que tiene necesidad de asistencia para la realización de actividades de la vida diaria.

<sup>2</sup> Diccionario de la Real Academia Española. 22ª, Ed. Espasa, T. II. h/z, España, 2001, p.2276-2299.



*de los viejos*; y el término viejo, ja. como: (Del lat. vulg. *vēclus*, y este del lat. *vetūlus*).  
1. *adj.* Se dice de la persona de edad. Comúnmente puede entenderse que es vieja la que cumplió 70 años.

El diccionario en materia de seguridad social expresa,<sup>3</sup> que el término vejez se refiere a la calidad de viejo. Edad senil o senecto. Así mismo la refiere como un hecho biológico que ante el avance de la edad deteriora la salud y disminuye capacidades, en el que se conjuntan particulares circunstancias económicas y sociales que conllevan carencia de recursos propios para la satisfacción de necesidades personales; precisándose en esta materia que la vejez representa una contingencia o un riesgo, cuya protección requiere estar sustentada en el principio de la solidaridad social.

Lo anterior nos lleva a reflexionar que el concepto de vejez abarca en el ser humano una pluralidad de facetas, que sobrepasan el ámbito de los aspectos biológicos e incluyen aspectos sociales y filosóficos. Así mismo no podemos obviar que en la actualidad ante el incremento en la esperanza de vida, la etapa de la vejez ocupa un largo período de la vida de las personas, lo que constituye un fenómeno social novedoso, sin duda, además, por el impacto en las necesidades de salud.

Si tomamos en cuenta que la Real Academia Española, define la palabra viejo como *la persona que cumplió 70 años*, en tal definición no advertimos con claridad cuál es el límite en la edad del ser humano para el comienzo de la vejez, pues la esperanza de vida oscila de una sociedad a otra y en el caso específico de nuestro país, la esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años, en el 2000 aumentó a 75 en promedio y se ha mantenido así hasta 2009. Sin que pase desapercibido que las mujeres viven en promedio más años que los hombres, pues en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33; para el 2009 la tendencia cambió a 78 y 73 años, respectivamente.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Diccionario Jurídico sobre la Seguridad Social. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1994, p.478.

<sup>4</sup> Véase: <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/esperanza>. Consulta marzo de 2010. En cuanto al indicador, para calcular este dato se utiliza el número de años que en promedio se espera que viva una persona después de nacer. Una esperanza de vida alta indica, un mejor desarrollo económico y social en la población.

En los términos anteriores la edad en la que comienza la vejez no es algo que esté delimitado ni biológica ni socialmente, aun cuando desde el aspecto biológico, pudiera determinarse por el estado de salud. No obstante, la edad de una persona no es un indicador suficiente para delimitar su estado de salud o funcional, ni su rendimiento intelectual; sin embargo, es común que la edad se considere como definitoria en la vejez, o bien que otros elementos como la salud, la posición laboral, la capacidad intelectual o el aspecto físico, se consideren también como elementos característicos en la vejez.

No olvidamos que los 65 años, es un indicador del inicio de la vejez, pues esta edad se ha asociado al momento en que las personas dejan su actividad laboral. Podríamos decir entonces que dicha edad sólo es, desde el punto de vista laboral y de la seguridad social, el inicio de la vejez. Cabría preguntarnos, ¿necesariamente una persona tiene que estar envejecida por tener 65 años?

Las palabras viejo y vejez quizás no son las más utilizadas, porque se asocian a aspectos negativos inherentes a ellas. Para los efectos de nuestro objeto de estudio, nos referiremos al término *vejez* y al término *persona vieja*, sin distinción de género, por ser palabras asociadas al proceso de envejecimiento de las que disponemos en castellano, y sin que connoten un aspecto peyorativo o estereotipo negativo.<sup>5</sup> Existe en el léxico común y jurídico mexicano una amplia terminología usada en determinados ámbitos, en función del contexto y podemos expresarla de la siguiente manera:

<b>Contexto</b>	<b>Personas</b>	<b>Etapas</b>
Familiar	Abuelo	Abuelidad
Social	Viejo/Vieja	Vejez
Legal	Cesante/Retirado	Cesantía/Retiro
Laboral	Pensionado/jubilado	tercera edad/jubilación
Médico	Senecto/senil	senectud/senilidad

<sup>5</sup> Entendemos por estereotipo una idea o una imagen preconcebida sobre cómo se supone que debe actuar o reaccionar una persona vieja; pueden ser negativos cuando desvelan una imagen de una persona enferma, incapacitada o bien positivos, cuando la imagen es de una persona saludable, activa, optimista.

En nuestro sistema jurídico se contempla en las leyes de seguridad social, los 60 y 65 años como edad característica para obtener derecho a las prestaciones en especie, entre ellas el derecho de la salud y a las prestaciones en dinero como las pensiones, en los seguros de CEA y vejez, en el nivel contributivo.

Si tomamos en cuenta que los 80 años de edad, son característicos de las personas senectas o seniles, es decir, personas que por la disminución de sus capacidades funcionales pueden requerir de asistencia o apoyo, entonces para los efectos de nuestro objeto de estudio y en atención al incremento en la esperanza de vida, tomaremos los 65 años de edad como inicio de la etapa de vejez,<sup>6</sup> y la extenderemos a los 80 o más a partir de los cuales, el término que pudiera utilizarse sería el de anciano o senecto, en la inteligencia que el término que nosotros utilizaremos en adelante, será persona vieja.

Por otra parte, existen, en el ámbito de la geriatría y de la gerontología datos que distinguen entre la tercera y cuarta edad, y reservan este segundo término para las personas que sobrepasan los 80 años, edad en la que se marca el límite en la cual se produce en una forma más clara una disminución de las capacidades funcionales y de salud en la mayoría de las personas.<sup>7</sup>

Cuando hagamos referencia al término vejez en cuanto a su construcción social, lo abordaremos desde tres puntos de vista: uno, como hecho biológico; otro, como el riesgo o contingencia en el ámbito de la seguridad social en el nivel contributivo, y como la situación o estado de necesidad en relación con el nivel no contributivo o asistencial; puntos de vista en los que confluyen circunstancias económicas y sociales del medio en que se ubica, que traen aparejadas carencia de recursos o ingresos propios *pobreza*, marginación de la vida productiva y de la vida social *exclusión social* o pérdida de autonomía por afectación en la salud, que hace a las

---

<sup>6</sup> A diferencia de la Ley del Seguro Social vigente que establece los 65 años de edad, como requisito para el goce de las prestaciones del seguro de vejez, en el artículo 162; la Ley de los Derechos de las Personas de los Adultos Mayores, precisa adulto mayor, es la persona que cuenta con 60 años o más de edad, en los términos del artículo, 3º. Fracción I.

<sup>7</sup> Véase: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>. En la gerontología se ha acuñado el término *edadismo*, para referirse al aspecto peyorativo o discriminatorio de una persona en una avanzada edad cronológica, en el que influye el modo como se trata a los viejos y el modo como se comportan.

personas dependientes; con todo ello, para precisar nuestra aproximación al concepto de vejez para los efectos de esta investigación.

### *B. Concepciones básicas de la protección de la vejez*

Consideramos que la protección de la vejez no atiende a un único punto de vista, sino que la complejidad de la vejez, unida a los distintos aspectos que en este tema inciden como el derecho a la protección de la salud y en la materia de seguridad social,<sup>8</sup> propician planteamientos sobre la configuración de la situación que debiera protegerse, que va más allá del sólo hecho biológico. Por ello, para una aproximación de su concepto, la abordaremos tomando en cuenta distintos criterios o fundamentos para su protección.

#### 1. Criterio como hecho biológico

La vejez es consecuencia de un proceso biológico y el camino hacia el envejecimiento empieza en el momento mismo del nacimiento. Desde el campo médico se sostiene, que en la transformación del embrión hacia el feto hay envejecimiento por la pérdida de tejido para la conformación del cuerpo humano, verbigracia, cómo se forman los dedos de manos y pies. De manera que envejecer es una idea que está ligada a la de cambio, que se denota del embrión al feto, de éste al recién nacido, del recién nacido al niño, de éste al adolescente, de la persona madura o adulta o la persona vieja. Por ende, envejecer implica orgánicamente un cambio continuo.

La vejez es también una construcción sociocultural,<sup>9</sup> de manera que una persona es vieja cuando las demás personas así lo consideren y en consecuencia, actúan con ella de tal forma que le van mostrando la imagen que presenta, *obligándola* a adoptar comportamientos que se sabe se esperan de ella.

---

<sup>8</sup> Aspectos jurídicos en relación con el excesivo entramado normativo, no obstante una ausencia o vacío del concepto; aspectos sociales, en relación con la protección en el nivel asistencial y las políticas y programas sociales dirigidos a la protección social de la vejez; así como la complejidad institucional y la cobertura en los niveles de protección y aspectos económicos, en cuanto a políticas de empleo, carencias de ingresos o fuentes de financiación.

<sup>9</sup> Beauvoir, Simone De. *La Vieillesse, La Vejez*. Trad, Bernárdez, Aurora. Ed. Hermes, México, 1983.

En este criterio podemos describir algunas transformaciones y cambios que se producen en la esfera físico o biológica, aún cuando es difícil precisar el momento en que acontecen, porque en primer lugar se trata de un proceso gradual y no unitario que ocurre al mismo tiempo en todo organismo; y además porque este proceso se ve afectado por variables relacionadas con la calidad de vida de la persona que pueden acelerar o retrasar dicho proceso.

En los cambios y transformaciones desde el punto de vista biológico, existen características coincidentes como: 1. Disminución de la masa muscular y ósea del cuerpo, aumento de la grasa y pigmentación de tejidos; 2. Modificaciones en el ritmo cardíaco; 3. Reducción de la capacidad para responder adaptativamente a las variaciones que se producen en el medio ambiente; 4. Aumento en la vulnerabilidad de las enfermedades y, 5. Aumento en la mortalidad con la edad.<sup>10</sup>

La vejez biológica,<sup>11</sup> tiene que ver con los cambios derivados del desgaste del organismo por el paso del tiempo, y ocurre en un período que comienza con el crecimiento en la infancia y la pubertad y en los años posteriores a la adolescencia; posteriormente una etapa de estancamiento y progresiva disminución de diferentes capacidades corporales o funcionales, a medida que se avanza en la edad adulta, se manifiestan en cambios como el modo de andar, la elasticidad de la piel, la capacidad visual y auditiva, la voz o el pelo.

Es importante que distingamos en este criterio, entre la edad biológica y la edad cronológica, pues la segunda no se corresponde con la primera. Edad cronológica es aquella medida en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento; es decir, edad en años, que marca situaciones trascendentales de nuestra vida como por ejemplo el retiro laboral, la jubilación, la cesantía. Por lo tanto podemos decir que tiene una connotación legal en el ámbito del derecho del trabajo y de la seguridad social; y la edad biológica, es la que se corresponde con el estado funcional de órganos y sistemas. Por lo tanto, el criterio es estrictamente fisiológico,

---

<sup>10</sup> Kenny, D.A. *Interpersonal perception: a social relation*. Ed. Guilford Press, New York, 1994.

<sup>11</sup> Fernández Ballesteros, R. *Gerontología social*. Ed. Pirámide, Madrid, 2000.

caracterizado por rasgos físicos y mentales, evaluados por el estado físico y las condiciones de salud y su innegable relación con el derecho de la salud.<sup>12</sup>

Para Maldonado Molina,<sup>13</sup> con quien coincidimos, el concepto de vejez protegible exige un replanteamiento de la contingencia a proteger, pues el objetivo no es dar cobertura a la vejez sólo como hecho biológico, sino también como un concepto socio jurídico de la vejez, el que entiende por tercera edad o persona de edad avanzada y al respecto comenta que para Bobbio, en su obra *De senectute, que el sexagenario sólo es viejo en sentido burocrático, por haber llegado a la edad en que generalmente tiene derecho a una pensión.*

Para la Oficina Internacional del Trabajo,<sup>14</sup> desde el punto de vista laboral, la edad es una condición para acceder a las prestaciones de vejez, pues basta alcanzar la edad prescrita en la normativa, al lado de la condición de la residencia; y que la práctica de pagar una pensión a partir de determinada edad encuentra su justificación en que después de determinado tiempo de trabajo las personas tienen el derecho al descanso o bien llega un momento en que la capacidad de trabajo se reduce naturalmente. En otras palabras, la vejez se contempla en este ámbito, en atención al criterio como hecho biológico y la protección se dirige no a la vejez en sí misma, sino a las posibles consecuencias de dicho hecho, como el derecho al descanso o la disminución fisiológica.

## 2. Como riesgo o contingencia laboral

En los términos del diccionario,<sup>15</sup> riesgo se define como: Del it. risico o rischio, y este del ár. clás. rizq, lo que depara la providencia. 1. m. Contingencia o proximidad de un daño. 2. m. Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro. Y contingencia como, Del lat. contingētia. 1. f. Posibilidad de que algo suceda o no suceda. 2. f. Cosa que puede suceder o no suceder. 3. f. riesgo. De esta manera podemos interpretar que los términos son sinónimos; sin

---

<sup>12</sup> Salvarezza, Leopoldo. Comp. *La vejez, Una mirada gerontológica actual*,.Ed, Paidós, Argentina, 2000, p.313-315.

<sup>13</sup> Maldonado Molina, Juan Antonio. *La protección de la vejez en España*. Ed. Valencia, 2002, p.47.

<sup>14</sup> Oficina Internacional del Trabajo. *Introducción a la Seguridad Social*. Ed. Omega, 1984, pp.62-64.

<sup>15</sup> Diccionario de la Real Academia Española. 22ª. Ed. Espasa, España, 2001, T,I, a/g, p.637, T,II, h/z, pp.1975.

embargo para los efectos de este trabajo, consideramos necesario distinguir entre riesgo o contingencia en sentido estricto y amplio.

Las leyes en materia de seguridad social, del IMSS y del ISSSTE, prevén que en el régimen obligatorio, la protección de los riesgos de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, no obstante que literalmente aluden a la cesantía en edad avanzada como una contingencia.

El diccionario en materia de seguridad social,<sup>16</sup> precisa que el riesgo es un concepto en la teoría de los contratos de seguro y se utiliza para prevenir, así como para referirse a la persona o a la propiedad asegurada. Que la utilización del término riesgo, pudiera plantear alguna contradicción respecto de los seguros sociales, de allí que se considere conveniente sustituir el vocablo riesgo por el de contingencia social.

En relación al concepto jurídico de los riesgos de trabajo,<sup>17</sup> éste tuvo su origen en Francia a mediados del siglo XIX, limitándose inicialmente a los daños ocurridos en las tareas laborales por determinadas actividades mecanizadas e industriales; de manera que la teoría del riesgo profesional inicialmente fue pensada para los accidentes de trabajo y con posterioridad se extendió a las enfermedades profesionales; y en tal sentido están previstas en el artículo 473 de la Ley Federal del Trabajo, 41 de la Ley del Seguro Social y 56 de la Ley del ISSSTE vigentes; en la inteligencia de que se prevén como seguros de riesgo y el financiamiento de estos seguros corresponde exclusivamente a los empresarios o patrones en los términos de la fracción XIV, del Artículo 123º Apartado A, Constitucional.

En el ámbito de la seguridad social en el seguro de vejez, no se protege en sí misma la vejez, lo que se protege son las posibles consecuencias de la misma, es decir, a las personas que por su edad o bien no tienen capacidad para continuar laborando o bien son acreedores a un merecido descanso y desde este punto de vista el seguro de vejez en cita, relacionado con la actividad laboral o profesional, se encuentra constitucional y legalmente circunscrito a los subsistemas de la seguridad

---

<sup>16</sup> Diccionario Jurídico sobre la Seguridad Social. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1994, pp. 369-371.

<sup>17</sup> Nos remitimos a Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Nuevo derecho de la seguridad social*. Ed. Porrúa, México, 1997, pp. 455-460.

social en el nivel de protección contributivo, cuya financiación es tripartita mediante las cuotas obrero patronales y la contribución por parte del Estado.

En cuanto a las prestaciones que derivan de este seguro de vejez, son prestaciones en especie consistentes en atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación; y prestaciones en dinero relativas a subsidios, pensiones, asignaciones familiares y ayudas asistenciales, al pensionado o a sus beneficiarios.

Aquí es oportuno que aclaremos que en el seguro de retiro, la aportación es exclusivamente patronal y consiste en el 2 por ciento del salario base mensual,<sup>18</sup> y en el ramo de vejez, su financiamiento es tripartito, el Estado aporta además el porcentaje correspondiente para la integración de la *cuota social*, para destinarse al otorgamiento de pensiones y al pago de los conceptos de las asignaciones familiares y las ayudas asistenciales.<sup>19</sup>

Eva Muchnik,<sup>20</sup> distingue, además de la edad cronológica y la biológica, la edad psicológica como la capacidad adaptativa y de respuesta a situaciones nuevas, y agrega, que existe una edad social en la que la sociedad, es la que marca los hitos que definen el estatus social de la vejez; al respecto, precisa un párrafo de Henri Pecquignot -1983- en relación con la vejez como construcción social, en los siguientes términos: *la vejez es un continente nuevo a descubrir; más aún la vejez se crea todos los días inconscientemente. Ella podría crearse conscientemente, con los ojos abiertos sobre el porvenir que se acerca.*

Consideramos que a la seguridad social le compete la vejez no sólo en atención al hecho biológico, desde el aspecto cronológico y biológico y sus consecuencias económicas y sociales en el ámbito de la protección en el nivel contributivo; es decir, como riesgo de trabajo o contingencia en sentido estricto; también en el ámbito de la protección en el nivel no contributivo o asistencial, cuando ligada a la vejez la relacionamos no sólo con la pérdida de empleo, la capacidad

---

<sup>18</sup> En los términos de la Ley del Seguro Social y en la ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, vigentes, pues el seguro de retiro se creó mediante esta última ley y con el, la formación e integración de la "cuenta individual" que se integra por la subcuenta de retiro, CEA y vejez y que abordaremos detalladamente en el capítulo I de la segunda parte de este trabajo de investigación

<sup>19</sup> Artículo 139 de la Ley del Seguro Social vigente

<sup>20</sup> Salvarezza, Leopoldo. Ob.cit, pp.311-316.



productiva, también con por factores sociales o económicos relacionados con la subsistencia, el derecho de la salud, la pobreza o pobreza extrema y pérdida de autonomía; en este último sentido, la vejez aparece como contingencia social o como situación o estado de necesidad.

La concepción de la vejez en uno u otro sentido está relacionada con el alcance y el significado de las prestaciones que se le proporcionen, a través de los subsistemas de seguridad social y salud que estén previstos, en éste último incluidas las políticas o programas sociales de protección a la vejez, pues es innegable la función e intervención del Estado en el mantenimiento del sistema social de protección, con independencia del método o fuente de financiamiento que se elija.

El desarrollo socioeconómico de una sociedad es el eje sobre el cual gira la construcción social de la vejez. De esto se deriva que la duración de la esperanza de vida, haya aumentado considerablemente en las últimas décadas, indicador que se ha elevado indiscutiblemente, porque han contribuido el sistema nacional de salud y nuestras instituciones de seguridad social, en el ámbito de la salud pública; el desarrollo industrial y los avances en la tecnología médica, de manera que en México, la esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años, en el 2000 aumentó a 75 en promedio y se ha mantenido así hasta 2008. Las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era 35 años y para el masculino 33; para el 2008 la tendencia cambió a 78 y 73 años, respectivamente, de acuerdo con la información del INEGI.<sup>21</sup>

### 3. Como situación o estado de necesidad

La población envejece. De allí el fenómeno del envejecimiento poblacional, tema hoy tan usual, sobre todo para la sociodemografía. Nosotros sostenemos que las que envejecen son las personas, por lo que el evento protegido debiera ser la vejez de las personas; no obstante, que la vejez desde el punto de vista de su

---

<sup>21</sup> Véase: <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/esperanza>. Consulta diciembre 2009. En cuanto al indicador, para calcular este dato se utiliza el número de años que en promedio se espera que viva una persona después de nacer. Una esperanza de vida alta indica un mejor desarrollo económico y social en la población.

protección social en salud y de la seguridad social en nuestro país, ocupe por hoy una posición marginal.

Este punto de vista lo enfocamos a la protección de la vejez en el tercer subsistema de protección social en salud en el nivel no contributivo o asistencial; por ello lo mantenemos vinculado con el derecho a la protección de la salud y a la asistencia social, en los términos del artículo 4º constitucional y de las disposiciones relativas de la Ley General de Salud, Ley de Asistencia Social y Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, así como de las políticas sociales dirigidas a su protección, derivadas de los PND. También guarda una relación en el régimen voluntario, en el nivel no contributivo del seguro social, a través del programa IMSS Oportunidades.

En principio, partimos de lo que entendemos por situación de necesidad o estado de necesidad. Conforme con el diccionario,<sup>22</sup> carencia de las cosas, falta o ausencia de recursos económicos que permitan la atención de la salud, la alimentación; que son menester para la conservación de la vida. Si bien la doctrina sobre la base de la Teoría del Riesgo Profesional, constituyó la teoría indemnizatoria del daño por riesgo, posteriormente la base de la consecuencia del daño, se sustituyó por la consecuencia de la necesidad. Al respecto, se ensayó una clasificación de las necesidades humanas y se dijo:<sup>23</sup> existen necesidades fisiológicas, que obedecen a requerimientos básicos para la supervivencia o subsistencia física tales como alimentos y agua, servicios de salud y vivienda; de seguridad, a través de sistemas de seguridad social, servicios sociales, educación y capacitación; de afectividad, como la pertenencia a grupos, familia y amigos, en los cuales el hombre es aceptado; de estimación, referentes a la movilidad social que le permita al hombre lograr metas y obtener el respeto de sus semejantes; y de realización personal, en la contribución al desarrollo de capacidades y creatividad en lo personal y dentro del grupo social.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Diccionario de la Real Academia Española. 22ª. Ed. Espasa, T, II, h-z, España, 2002, p.1571.

<sup>23</sup> Rodríguez Manzini, Jorge. *Derecho del Trabajo y de la seguridad Social*. 5ª, Ed. Astrea, Argentina, 2004, pp. 761-763.

<sup>24</sup> Idem. Maslow, Abraham H. *Pirámide de las necesidades humanas, fisiológicas, de seguridad, aceptación social, autoestima y autorrealización*. Clasificación doctrinaria coincidente con la de Maslow.

Al lado de las necesidades humanas individuales, se contemplan las necesidades sociales o colectivas. Al respecto la OIT,<sup>25</sup> comprendió entre las contingencias sociales –al lado de las contingencias en sentido estricto como riesgo profesional- las siguientes: La alteración de la salud que puede acarrear exceso de gastos en quien la experimenta; la incapacidad laboral que da lugar a un defecto de ingresos; la muerte, que priva a los beneficiarios de ingresos; la vejez, que importa una disminución en la capacidad de trabajo, y en consecuencia, sobrevendrán defectos en los ingresos, el desempleo, que provocan carencia de ingresos. Contingencias sociales que provocan una necesidad económica, que se traduce en la disminución o pérdida de ingresos habituales y generan gastos adicionales o suplementarios, y que por ende, se comprenden en la seguridad social.

En el subsistema de protección social en salud en el nivel no contributivo o asistencial, se parte del postulado de que toda persona en situación de necesidad tiene derecho a la protección igualitaria, en la salud y la seguridad social. De manera que basta que surja la situación de necesidad –vejez- para que se genere el derecho a la protección, sin condición de tipo contributivo o cotización. Aquí se prescinde de la noción de riesgo y el único elemento de relevancia es la situación de necesidad, en la que el Estado interviene mediante instrumentos de asistencia social y medios financieros impositivos, enfocando la prestación a grupos vulnerables; entre ellos, las personas viejas, en pobreza o en pobreza extrema.

Las situaciones de necesidad causadas por la falta de ingresos en la vejez, trascienden el nivel individual y privado y afectan el orden público, la seguridad general y la paz social; de manera que los Estados incorporan entre sus obligaciones, la de atender dichas necesidades aún y cuando no se desconozca la responsabilidad primaria de las personas o familias; de allí, que en el caso específico de nuestro país, en este ámbito, se implementan políticas, programas y acciones sociales de protección enfocados a las personas viejas, en especial a los de 70 y más años.

Queremos destacar que no encontramos en nuestras leyes, de las que derivan el primer y segundo subsistema de la seguridad social en el nivel contributivo,

---

<sup>25</sup> Organización Internacional del Trabajo. Convenio 102 y Convenio 128.

referencia alguna al término *situación o estado de necesidad*. Sin embargo, en el primer subsistema se contempla en el régimen obligatorio, el ramo de *prestaciones sociales*,<sup>26</sup> en el que se distingue entre: 1. Prestaciones sociales institucionales, dirigidas a la población, se entiende a la población asegurada y derechohabiente, en el nivel contributivo, cuya finalidad es fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y a contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población, que se proporcionan mediante programas; y 2. Las *prestaciones de solidaridad social*, que comprenden acciones de salud comunitaria, asistencia médica, farmacéutica e incluso hospitalaria, que se proporcionan *exclusivamente* en favor de los núcleos de población que por el propio estadio de desarrollo del país, constituyan polos de profunda marginación rural, suburbana y urbana; y que el Poder Ejecutivo Federal determina como sujetos de solidaridad social, en el nivel no contributivo.

En el supuesto de las prestaciones de solidaridad social a las entidades especificadas; es decir, a la población abierta o no derechohabiente, se agrega además, que sólo será en los casos de *situaciones de emergencia nacional, regional o local o, en caso de siniestros o desastre naturales; tratándose de campañas de vacunación, en atención o promoción a la salud, y en apoyo a programas de combate a la marginación y a la pobreza, cuando así lo requiera el Ejecutivo Federal.*

Además, en este supuesto de prestaciones de solidaridad social, cuyo financiamiento es a cargo del erario, también se prevé una contribución por parte de los beneficiados, que puede ser en efectivo o a través de la realización de trabajos personales en beneficio de las comunidades en que habiten.

En la Ley General de Salud vigente,<sup>27</sup> tampoco encontramos la utilización del término *situación o estado de necesidad*, sin embargo, podemos interpretarlo de sus disposiciones, cuando establece entre los objetivos del Sistema Nacional de Salud, el de colaborar al bienestar social de la población, mediante servicios de asistencia

---

<sup>26</sup> Ley del Seguro Social, vigente, artículos 208 a 217, en los que descansa el principio de solidaridad, como integrante de la seguridad social en su sentido amplio. Estos dispositivos han sido el fundamento de creación de lo que fue el IMSS COPLAMAR, IMSS SOLIDARIDAD, PROGRESA, hoy programa IMSS Oportunidades.

<sup>27</sup> Publicada en el diario oficial de la federación de 7 de febrero de 1984 Reglamentaria del derecho a la protección de la salud, artículo 4º constitucional: artículos 6º, Fracción III y 24º a 27º .

social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social; así como entender por servicios de salud, además de la atención médica y la salud pública. el de asistencia social. Debemos observar, que los servicios de salud se garantizan *preferentemente* a los *grupos vulnerables* y se considera como una categoría o tipo de servicio básico de salud a la asistencia social, pues refiere expresamente: *la asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas*. Por ello, la asistencia social, no es una caridad estatal, ni debiera considerarse sólo como un tema de política social en los programas de gobierno sexenales.

La ausencia o vacío en el uso del término *situación o estado de necesidad*, en los dispositivos legales anteriores, así como la utilización del vocablo *grupos vulnerables*, no obligó a acudir a otras disposiciones legales como la Ley de Asistencia Social vigente,<sup>28</sup> que se fundamenta en la Ley General de Salud y considera como sujetos de derecho a la asistencia social, a los individuos y familias que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas o sociales, requieren de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar; entre ellos a los *adultos mayores en desamparo, abandono, incapacidad, inválidos sin recursos, marginación o sujetos a maltrato*.

Además, en la definición de lo que se entiende por asistencia social se expresa: *el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de las personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, para lograr su incorporación a una vida plena y productiva*.

No obstante que esta ley utiliza el término *personas en estado de necesidad*, no encontramos en la misma, disposición alguna que haga referencia a lo que se entiende por dicho término. En la Ley de los Derechos de las Personas Adultas

---

<sup>28</sup> Ley de Asistencia Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 2 de septiembre de 2004, artículo 3º y 4º, fracción V.

Mayores vigente,<sup>29</sup> encontramos la reproducción de lo que se entiende por asistencia social, e igualmente se reproduce el término *personas en estado de necesidad*, sin encontrar referente alguno a lo que se entiende o precisa por dicho término.

Entendemos que dicho término se correlaciona con el *diverso grupos o grupo vulnerable*, en atención a ello, acudimos al documento *Grupos Vulnerables*, emitido por la Comisión,<sup>30</sup> en el que se define como grupo vulnerable: *persona o grupo que por sus características de desventaja por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y o mental, requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia.*

Dicha comisión agrega que en una acepción más amplia, los grupos mencionados –vulnerables– viven en condiciones de pobreza extrema; es decir, que las personas en extrema pobreza son aquellas cuyas percepciones económicas no les permiten siquiera adquirir alimentos y poder desempeñar sus actividades económicas y sociales satisfactoriamente. En otras palabras, que sus ingresos no les alcanzan para atender el resto de sus necesidades básicas como salud, vivienda y educación y en este grupo ubica a los adultos mayores, además de los niños, adolescentes y personas con discapacidad que se encuentren expuestos a la violación de sus derechos.

De esta manera, que el término situación o estado de necesidad, en relación con las personas viejas, es sinónimo de grupo vulnerable en pobreza o en pobreza extrema; es decir, persona vieja que carece de ingresos económicos que le permitan satisfacer en principio sus necesidades básicas fisiológicas de alimentación y salud y que para efectos de nuestro estudio hemos ubicado en el tercer subsistema de protección social en salud en el nivel no contributivo o asistencial, que vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada, en especial, por la referencia a los programas federales de apoyo económico, como OPORTUNIDADES y 70 y más. Por lo tanto, a continuación, expondremos nuestra aproximación al concepto de vejez, para los efectos de esta investigación.

---

<sup>29</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 25 de junio de 2002, artículo 3º, fracción II.

<sup>30</sup> Comisión de Atención a Grupos Vulnerables de la LX Legislatura de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. Véase: [www3.diputados.gob.mx-camara-001\\_diputados-008\\_comisioneslx-001\\_ordinarias-003\\_atención:agruposvulnerables](http://www3.diputados.gob.mx-camara-001_diputados-008_comisioneslx-001_ordinarias-003_atención:agruposvulnerables). Consulta diciembre de 2009.

#### *4. Nuestra aproximación conceptual de vejez*

En la aproximación conceptual del término vejez que elaboramos, descartamos los términos: personas de edad, adulto mayor, adulto en plenitud, tercera edad, cuarta edad, última edad, segunda juventud, edad de oro y abuelo. Nos referiremos sólo a los términos vejez y persona vieja o viejo, con excepción del término adulto mayor, utilizado en la ley y en algunos programas federales.

En la aproximación de dicho término, tomaremos en cuenta los criterios básicos que constituyen el fundamento de su protección, es decir como hecho biológico en el que la edad biológica y no sólo cronológica, es un factor característico y la situación o estado de necesidad, como hecho legal y socialmente protegido.

La vejez es una etapa de la vida humana en la que el hecho biológico inicia a partir de los 65 años, se prolonga hasta los 80 o más años. Se caracteriza por actividad física, mental y de integración social y pudiera implicar disminución en la capacidad funcional y llegar hasta la pérdida de autonomía individual, en este último supuesto puede surtir la necesaria dependencia.

Persona vieja o viejo es aquella que en el ciclo de vida se ubica en la etapa de vejez, con residencia en el territorio nacional y que por las circunstancias personales, económicas o sociales, requiere de la intervención del Estado, para que mediante el otorgamiento de una renta o pensión periódicamente actualizada y económicamente suficiente, le permita la subsistencia y la protección del derecho de la salud.

#### *C. La vejez como centro de imputación de normas*

Como en cualquier cuestión objeto de regulación jurídica, se debe partir de un hecho de la vida social, que se considera, debiera quedar regido por normas jurídicas, este hecho es la vejez. Para alcanzar la categoría de hecho jurídico, será necesario que el hecho biológico o situación o estado de necesidad sea acogido como un valor social; es decir, sea acreedor de atención y tratamiento singularizado; cuando el Estado a través de sus entes de poder, lo regula, nos encontraremos con un hecho político, de manera que el resultado de esa voluntad política será un hecho

jurídico, que se traduce en la regulación normativa de la vejez, en aras de su protección social.

Habremos de referirnos más adelante, a algunos indicadores relacionados con la vejez, esencialmente demográficos como el envejecimiento de la población, la esperanza de vida, índices de fecundidad y de mortalidad infantil y otros económicos. Entre los primeros se encuentran el relativo al envejecimiento de la población, que se traduce en el número cada día en aumento de las personas viejas, y es precisamente este indicador el que determina la aparición de un centro de imputación de normas, como aconteció en la exposición de motivos que dio origen a la reforma de la LGS en mayo de 2003. De manera que su conceptualización como realidad jurídica, con existencia propia, hace necesaria la búsqueda de la existencia de un centro determinado de imputación de normas, es decir, una fracción de la realidad social, un acotamiento normativo de dicha realidad.

De esta manera el fenómeno del envejecimiento nos conducirá a identificar las formulas jurídicas que en nuestro derecho se han empleado respecto de la vejez y su protección social. Entendemos la vejez como un hecho social y no sólo como un hecho biológico, pues la protección a la misma la enfocamos a las consecuencias que de ella se derivan desde un punto de vista laboral y económico en los subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo -la vejez como riesgo o contingencia laboral- y en el subsistema de protección social en salud en el nivel no contributivo o asistencial; en el aspecto económico y social, ante la carencia de recursos que permitan la subsistencia y el derecho a la salud y la insuficiencia en los montos de las pensiones derivadas de los subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, inclusive, en los apoyos económicos derivados de los programas federales.

Históricamente, la vejez en sí misma no ha sido protegida, pues lo que se ha protegido son las consecuencias que en el plano económico ha tenido -retiro, jubilación o pobreza extrema- de manera que respecto de la protección de la vejez, la tendencia deberíamos, ambiciosamente llamarla, como protección integral de la vejez. Sin embargo, nosotros nos ocupamos de su protección en el ámbito de la



seguridad social y del derecho de la salud; este último dirigido al acceso efectivo de la atención médica en los servicios públicos de salud a la persona.

Hemos dicho que nuestro sistema jurídico no aborda un concepto de la vejez, por el contrario, el legislador se ha caracterizado por una ausencia o vacío legislativo. No obstante existen disposiciones relativas a las consecuencias de la situación protegida como el seguro de retiro y el seguro de vejez, en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social, en el nivel contributivo; y en el tercer subsistema, en el nivel no contributivo o asistencial. Éste se ha focalizado en forma exclusiva a las personas viejas que integran los grupos vulnerables en pobreza o pobreza extrema, sólo mediante políticas, programas y acciones sociales específicos a la protección de la salud y la alimentación. Por ello, haremos referencia a las disposiciones normativas.

#### 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En el texto de nuestra Constitución actual,<sup>31</sup> no encontramos expresamente una disposición relativa a la vejez y a su protección, no obstante que la misma dio origen al constitucionalismo social mexicano, pues el artículo 123º, contenido en el Título Sexto, referente al trabajo y la previsión social, en la Fracción XXIX se expresaba: *XXIX. Se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidente y de otros fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado, deberán fomentar la organización de instituciones de ésta índole para infundir e inculcar la previsión popular.*

Mediante las reformas constitucionales de 5 de diciembre de 1960 y 31 de diciembre de 1974, a las Fracciones XI, del apartado B, y XXIX del apartado A, del artículo 123º, en las que se fundamenta el derecho a la seguridad social en el nivel contributivo, para los trabajadores en general y los trabajadores al servicio del Estado, se prevé la existencia del seguro de vejez, y por lo tanto de su protección

---

<sup>31</sup> Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que reforma la de 5 de febrero de 1857, publicada en el Diario Oficial de 5 de febrero de 1917.

social en el citado nivel contributivo, cuya transcripción consideramos oportuna, por ser texto vigente y además lo relacionamos con la primera dimensión de la hipótesis de este trabajo, referente al primer y segundo subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

Artículo 123º...

*Apartado A, Fracción XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y de accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.*

*Apartado B, Fracción XI. La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:*

*a).- Cubrirá los accidentes y enfermedades profesionales; las enfermedades no profesionales y maternidad; y la jubilación, de invalidez, vejez y muerte.*

En relación con el derecho constitucional a la protección de la salud, que tiene toda persona, previsto en el artículo 4º. Éste se incluyó como tal mediante reforma constitucional de 3 de febrero de 1983, y en la legislación reglamentaria del mismo, la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de 7 de febrero de 1984, que estatuye como finalidad del derecho a la protección de la salud, el disfrute de servicios de salud entre ellos la atención médica, la salud pública y la asistencia social, esta última con enfoque a los grupos vulnerables.

*Artículo 4º, párrafo tercero, constitucional establece:*

*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73º de esta Constitución.*

En este derecho a la protección de la salud y a la asistencia social, ubicamos el tercer subsistema de protección social en salud y lo vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada.

En las disposiciones constitucionales anteriores no encontramos una aproximación al concepto de vejez. Mediante decreto presidencial, se creó el INSEN en 1979, que atendió al Día Internacional del Anciano,<sup>32</sup> y en 1983 se estableció en el nivel nacional, el 28 de agosto como el *Día del Anciano* y a partir del 2002, como *Día del Adulto Mayor*.<sup>33</sup>

Por lo anterior, consideramos conveniente el análisis de otras disposiciones federales reglamentarias, referentes a la vejez y su protección social. Para este efecto distinguiremos las leyes federales en materia de seguridad social en el nivel contributivo y que se comprenden en el primer y segundo subsistemas de protección de la seguridad social y las leyes federales en materia de protección al derecho de la salud y la asistencia social en el nivel no contributivo o asistencial, que comprendemos en el tercer subsistema de protección social, ambos vinculados con las dimensiones de la hipótesis planteada.

## 2. Leyes de seguridad social y salud. Diversidad en otorgamiento de prestaciones y cumplimiento de requisitos

En el análisis de estas leyes, en principio abordaremos las que contemplan el primer y segundo subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y específicamente, la inclusión en el régimen obligatorio del seguro de vejez, que proporciona prestaciones en especie y prestaciones en dinero y que toman en cuenta, además del requisito de la edad, el cumplimiento de períodos de cotización en semanas o tiempo laboral activo.

En segundo término, abordaremos las leyes federales que contemplamos en el tercer subsistema de protección social en salud, entre ellas, la Ley General de Salud, la de Asistencia Social, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y en lo relacionado, los PND 2000-2006 y 2007-2012.

En relación con las Leyes del Seguro Social. La primera data de diciembre de 1942, cuando el entonces presidente Manuel Ávila Camacho, suscribe la iniciativa de

---

<sup>32</sup> Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Número 31 Volumen 23, Semana 31, Del 30 de julio al 5 de agosto 2006. Véase: <http://www.salud.gob.mx/unidades/epide>. Consulta diciembre de 2008

<sup>33</sup> Véase: [http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Dia\\_del\\_adulto\\_mayor\\_](http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Dia_del_adulto_mayor_). Consulta diciembre de 2008.

Ley del Seguro Social y es en el mismo mes y año cuando el Congreso de la Unión la aprobó en definitiva y se publicó en el DOF de 19 de enero de 1943, como reglamentaria de la Fracción, XXIX, Apartado A, del artículo 123º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Advertimos que desde la promulgación de la Constitución de 1917 al nacimiento de la primera Ley del Seguro Social y la creación del IMSS, institución a cuyo cargo se confió la organización y administración de los seguros obligatorios de: *a. accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; b. enfermedades no profesionales y maternidad; y c. invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada;* hubieron de transcurrir más de 25 años y más de 13 años entre la reforma constitucional de la Fracción XXIX, Apartado A, del artículo 123º de nuestra carta fundamental y la creación del seguro social, lo que denotó un período de tiempo largo, complejo y de contratiempos.

Ley del Seguro Social de 1973. La creación de la segunda Ley del Seguro Social, que abrogó a la anterior de 1943, fue la ley de 1973, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 1º de abril de dicho año. Los propósitos fundamentales de esta reforma legislativa fueron: ampliación en la cobertura de población, es decir ampliar los sujetos de aseguramiento -tendencia del principio de universalidad de la seguridad social- además de los trabajadores se hizo extensiva a los *ejidatarios, comuneros, colonos, pequeños propietarios, no asalariados y trabajadores domésticos.*

En ella, se distinguieron dos tipos de seguros: el obligatorio, que ya existía en la anterior ley y el segundo denominado seguro voluntario, en el que se comprendieron las figuras de la *incorporación y la continuación voluntaria, y los seguros adicionales;* además en los ramos asegurados el de IVCM, comprendió al *seguro de vejez* y el de cesantía en edad avanzada, con los requisitos de edad respectivamente de 65 y 60 años. La importancia de esta nueva ley, la resaltamos por la inclusión de las denominadas *prestaciones sociales o seguros sociales,* que comprenden prestaciones sociales y servicios de solidaridad; promoción de la salud y educación; mejoramiento de alimentación y vivienda; actividades culturales y

deportivas; centros vacacionales y velatorios, cuya finalidad era elevar el nivel de vida individual y colectivo.<sup>34</sup>

La tercera Ley del Seguro Social, es la vigente, que identificaremos como Nueva Ley del Seguro Social, aprobada en 1995 y que entró en vigor el 1º de julio de 1997, publicada en el DOF de 31 diciembre de 1995. Incorporó las figuras creadas en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, que implicaron modificaciones a los modelos pensionarios en el primer subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo; de seguros sociales a seguros privados o híbridos, y de una transición normativa de la seguridad social al derecho mercantilista, por la creación y aplicación de leyes en esta materia, que contemplan los seguros obligatorios de Retiro, CEA y *vejez* y la creación de la denominada *cuota social*, que se integra con aportaciones del Estado a través del gobierno federal.

En relación con el segundo subsistema de protección a la seguridad social en el nivel contributivo, nos referiremos a las leyes del ISSSTE.

Antes de la expedición de la Ley Reglamentaria del Apartado B, del Artículo 123º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,<sup>35</sup> el 28 de diciembre de 1959, se expidió la primera Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado e incorporó prestaciones de seguridad social como las contenidas en la primera ley del IMSS de 1943. Se contemplaron entre los riesgos o contingencias la jubilación, invalidez y vejez, con la figura del retiro por edad y años de servicio y muerte.

La segunda Ley del ISSSTE fue publicada en el DOF de 27 de diciembre de 1983 y entró en vigor el 1º de enero de 1984 y derogó la primera de 1959. Con excepción del artículo 157º, Fracción XV, inciso d, que comenzó a regir a partir de 1987 y se refería al Fondo de Vivienda, hoy conocido como FOVISSSTE.

Esta segunda ley del ISSSTE incluyó un régimen obligatorio y un régimen voluntario; fue reformada en julio de 1992, y mediante esta reforma se incorporaron a la misma las disposiciones legales correspondientes al Sistema de Ahorro para el

---

<sup>34</sup> Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho Mexicano de lo Seguros Sociales*. Ed. Harla, México, 1987, pp. 96-119.

<sup>35</sup> La Ley Reglamentaria del Apartado B, del artículo 123º Constitucional, fue publicada en el DOF de 28 y entró en vigor el 29 de de diciembre de 1963.

Retiro -SAR en su creación- y otras reformas y adecuaciones a esta ley,<sup>36</sup> se realizaron en enero de 1993, julio de 1994 y enero de 1998. En ella se comprendieron los *seguros de vejez*, retiro por edad y años de servicios, la jubilación y diversas prestaciones y servicios sociales.

La tercera ley del ISSSTE, es la vigente, comentada y numerosamente combatida mediante el juicio de amparo, publicada en el DOF de 31 de marzo de 2007, que abrogó la anterior ley de 1983. Después de un breve período de discusión en el Congreso de la Unión, que duró menos de diez días, se cambió sustancialmente el seguro social de los trabajadores al servicio del Estado, afiliados al ISSSTE, pues esta ley entró en vigor el día 1º de abril de 2007.

En relación con los regímenes que comprende, conserva como la anterior el obligatorio y el voluntario; y en el primero incluye los seguros: 1. De salud, 2. De riesgos de trabajo, 3. *De retiro CEA y vejez* y 4. Invalidez y vida; así mismo conserva las prestaciones y servicios contenidas en la ley abrogada, referentes a préstamos hipotecarios, personales y servicios sociales.

También regula las figuras relacionadas con el sistema de ahorro para el retiro, para los efectos del *retiro, CEA y vejez*, las relativas a entidades financieras: AFORES, SIEFORES, PENSIONISSSTE, cuenta individual, que se divide en las subcuentas de retiro, CEA y vejez; de *ahorro solidario*, de aportaciones complementarias, de aportaciones voluntarias y de vivienda; cuota social, PENSIONISSSTE, monto constitutivo, seguro de sobrevivencia, pensión o jubilación -renta o retiro programado-, pensión garantizada. En relación con el ramo de atención médica curativa, de maternidad y de rehabilitación física y mental, incluye la *atención gerontológica y geriátrica*, en los términos del artículo 35º; así como las nuevas figuras de portabilidad de derechos y bono de pensión.

En este segundo subsistema, comprenderemos la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

En la fracción XIII, del Artículo 123º, Apartado B, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se regulan las condiciones mínimas en las relaciones

---

<sup>36</sup> Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado. *Legislación de Seguridad Social, Leyes y Códigos de México*. Ed. Porrúa, México, 1998.

laborales de los militares, y por esta disposición constitucional se sujetan a las leyes que para tal efecto se emitan. Respecto al derecho de la seguridad social de las fuerza armada, aérea y ejército, éste se encuentra previsto en la fracción XI del dispositivo constitucional en cita, que incluye el derecho a obtener pensiones por invalidez y vejez y a disfrutar de la vivienda a través de la integración de un fondo nacional con aportaciones del Estado.

Con el fundamento constitucional antes citado y como reglamentarias de las mismas, en 1976 se expidió la primera Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas; la ley vigente fue publicada en el DOF de 09 de julio de 2003 y de la cual, por su especificidad, nos interesan los términos o conceptos siguientes relativos a:

*... Declaración de Procedencia de Retiro, el documento que le expide al militar la Secretaría de origen, para trámite de retiro, a fin de que la Junta Directiva determine sobre la procedencia, naturaleza y monto del beneficio, el cual es provisional al inicio del trámite administrativo y definitivo a su término;*

*... Haber o haberes, la percepción base que se establece en el tabulador que expide la Secretaría de Hacienda y Crédito Público;*

*... Sobrehaber, remuneración adicional que se cubre al personal militar en activo en atención al incremento en el costo de la vida o insalubridad del lugar donde preste sus servicios;*

*...Sobrehaber mínimo vigente, es el sobrehaber más bajo que se cubre al personal militar en activo en la República Mexicana, y*

*...Sueldo Base de Servidor Público, el que se señala en el tabulador para servidores públicos superiores, mandos medios y, en su caso, enlaces, correspondientes a las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, autorizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público...*"

En relación con el término *retiro*, debemos distinguir que este se utiliza en la ley no sólo para el supuesto de cesar en las actividades del servicio por edad o años de antigüedad, también para aquellos casos en que los militares integrantes del Ejército, Fuerza Armada, y Aérea, incurran en alguna causal que motive la

separación o terminación de su cargo, como medida disciplinaria o como causal de terminación en la prestación del servicio.

También precisa la significación de los términos relacionados con el derecho a obtener pensiones, el tiempo mínimo de veinte años en la prestación del servicio para acceder a un haber de retiro; así como las edades que se deben cumplir como requisito para tal efecto.

Consideramos conveniente transcribir los artículos de la ley, relacionados con la figura del retiro y el derecho a las prestaciones en dinero:

*Artículo 21. Retiro es la facultad que tiene el Estado y que ejerce por conducto de las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina para separar del activo a los militares al ocurrir alguna de las causales previstas en esta Ley.*

*Situación de retiro es aquella en que son colocados, mediante órdenes expresas, los militares con la suma de derechos y obligaciones que fija esta Ley, al ejercer el Estado la facultad que señala el párrafo anterior. Los militares con licencia ilimitada para ser retirados deberán presentar su solicitud ante las Secretarías de la Defensa Nacional o de Marina, en su caso.*

**Haber de retiro** es la prestación económica vitalicia a que tienen derecho los militares retirados en los casos y condiciones que fija esta Ley. Una vez integrado el haber de retiro en los términos del artículo 31 de la presente Ley, será considerado como un sólo concepto para todos los efectos legales.

**Pensión** es la prestación económica vitalicia a que tienen derecho los familiares de los militares en los casos y condiciones que fije esta Ley.

**Compensación** es la prestación económica a que tienen derecho los militares y sus familiares, en una sola exhibición, en los términos y condiciones que fije esta Ley.

*Artículo 23. El haber de retiro integrado como se establece en el artículo 31 y la compensación, así como la pensión, se cubrirán con cargo al erario federal.*

*La cuantía del haber de retiro y de la pensión, tal como la estén percibiendo los beneficiarios, se incrementará al mismo tiempo y en igual proporción en que aumenten los haberes de los militares en activo.*

*Artículo 24. Son causas de retiro:*



*I. Llegar a la edad límite que fija el artículo 25 de esta Ley;*

*VI. Solicitarlo después de haber prestado por lo menos veinte años de servicios.*

*Artículo 25. La edad límite de los militares para permanecer en el activo es la siguiente:*

*Años*

*I. Para los individuos de tropa 50*

*II. Para los Subtenientes 51*

*III. Para los Tenientes 52*

*IV. Para los Capitanes Segundos 53*

*V. Para los Capitanes Primeros 54*

*VI. Para los Mayores 56*

*VII. Para los Tenientes Coroneles 58*

*VIII. Para los Coroneles 60*

*IX. Para los Generales Brigadieres 61*

*X. Para los Generales de Brigada 63*

*XI. Para los Generales de División 65*

En la figura del retiro, entendida esta como la posibilidad de cesar en la prestación del servicio, debemos distinguir entre el retiro voluntario y el obligatorio. El primero requiere necesariamente haber prestado servicios por lo menos durante veinte años y en el segundo la edad es el factor determinante para continuar en activo en la prestación del servicio, y en atención a los grados, la edad oscila entre los 50 y 65 años de edad.

Otra observación es que esta ley utiliza el término pensión como prestación que se otorga sólo a los familiares beneficiarios cuando ocurre la muerte del militar; y en el supuesto de retiro por edad o años de servicio el término utilizado es *haber de retiro*, de allí la importancia de la transcripción de los artículos precedentes.

De las anteriores legislaciones, comprendidas en el primer y segundo subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, nos permitimos mostrar en la tabla 1 siguiente, la diversidad en la utilización de términos,

requisitos de edad y tiempo de servicio y la obtención de prestaciones, lo que hacemos de la manera siguiente:

Tabla 1.<sup>37</sup>

Diversidad de términos, requisitos de edad, tiempo de servicio y prestaciones en el seguro de vejez y retiro en las leyes vigentes.

<i>Ley del Seguro Social.</i>	<i>Ley del ISSSTE.</i>	<i>Ley del ISSFAM.</i>
Retiro y vejez:	Jubilación y retiro:	Retiro voluntario y obligatorio:
Pensión:	Pensión:	Haber de retiro:
Edad 65 años.	Edad desde 51 a 65 años.	Edad desde 50 a 65 años.
Tiempo de cotización: 1250 semanas, aprox. 25 años.	Tiempo de cotización, variable desde 15 años de antigüedad laboral hasta 29 años	Años de servicio mínimo 20 años

En relación con las prestaciones que derivan de los dos subsistemas que hemos referido, estas se clasifican en:

Prestaciones en especie que comprenden la atención médica, farmacéutica, quirúrgica y hospitalaria, en el primer, segundo y tercer nivel de atención médica.

Prestaciones en dinero, se refieren al derecho a obtener una pensión o renta periódica, subsidios, asignaciones familiares o ayudas asistenciales.

De la tabla 1 supra, podemos advertir la diversidad en mínimos y máximos en cuanto a los requisitos de edad y la variabilidad en cuanto al tiempo de cotización o tiempo de prestación de servicios laborales.

En el capítulo I de la segunda parte de este trabajo de investigación, relacionado con el primer y segundo subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo en relación con la protección de la vejez, trataremos

<sup>37</sup> Elaboración propia, con fuente en las legislaciones federales vigentes.

además, la diversidad en los mínimos y máximos en la edad como requisito para la obtención de prestaciones en la vejez, la variabilidad en las prestaciones y en los años de cotización o antigüedad laboral, en lo que denominamos otros modelos desarticulados, referentes a los trabajadores del IMSS, PEMEX y CFE. Los incluimos en el segundo subsistema, por tratarse de personas cuya relación de trabajo forma parte del sector público, dada la naturaleza de dichos organismos.

En relación con el tercer subsistema de protección social en salud, en el nivel no contributivo o asistencial, nos referiremos a la Ley General de Salud, reglamentaria del Artículo 4º constitucional, la Ley de Asistencia Social, y la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Así como a los PND 2000-2006 y 2007-2012, en lo relativo a políticas, programas y acciones sociales federales, enfocados a la protección de las personas viejas, que derivan de los programas nacionales y sectoriales de salud.

Elevar la protección de la salud a rango constitucional fue coincidente con la adhesión o ratificación de nuestro país en 1981, a importantes instrumentos internacionales, entre ellos: la Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 1969), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU 1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU 1966).<sup>38</sup> Así, el 3 de febrero de 1983 se publicó en el DOF una reforma constitucional, por medio de la cual se añadió un nuevo párrafo -hoy tercero- al artículo 4º, para incluir el *derecho a la protección de la salud*, cuyo texto es el siguiente:

*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*

---

<sup>38</sup> Fernández Varela Mejía, Héctor. *Los derechos humanos y la salud pública*. Rev. Fac. Med. UNAM, vol.43. No. 6. Nov-Dic. 2000. En relación con el derecho de la salud en el ámbito internacional, véase: Soberanes Fernández, José Luis. *La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. Comisión nacional de los derechos humanos. México, 2006; que distingue entre derechos civiles y políticos en su dimensión individual, inherentes a la persona en su calidad de ser humano y se les denomina de primera generación, y los derechos económicos, sociales y culturales, que corresponden a su dimensión social, denominados de segunda generación o prestacionales, en estos últimos se cataloga el relativo a la salud.

Además de consagrar este derecho social, el Estado asumió un papel regulador con la expedición de la Ley General de Salud vigente.<sup>39</sup> En ella se asume, que el derecho a la protección de la salud es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad; se señalan como finalidades el fomento en la población de actitudes racionales, responsables y solidarias que, basadas en el conocimiento de los efectos de la salud sobre la vida individual y social, contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida.<sup>40</sup>

La Ley General de Salud regula una serie de actividades que inciden directa e indirectamente sobre el ejercicio del derecho a la protección de la salud. Establece funciones generales y específicas para garantizar éste derecho. Entre las primeras: ser elemento moderador entre los intereses de la sociedad y los del individuo; ser el medio por el cual el gobierno adopta medidas para responder al progreso de la ciencia y la tecnología y, garantizar la equidad en la prestación de servicios.

Entre las funciones específicas: ejecutar programas y servicios para fomentar la salud; regular la asignación de los recursos y vigilar la calidad de la atención y de los productos para uso y consumo humano.

Define como servicios de salud: *todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad*. Los servicios de salud podemos clasificarlos en tres tipos: 1. Atención médica, 2. Salud pública y 3. Asistencia social. Las acciones de salud pública a diferencia de las de atención médica y asistencia social, se rigen por criterios de acceso universal y solidario, porque se brindan obligatoriamente sin distinción económica o social de las personas.

En la prestación de los servicios de salud, se establece que conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables; y se considera como servicio básico de salud el referente a la asistencia social a los grupos más vulnerables, y de éstos, de manera especial a lo pertenecientes a las

---

<sup>39</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 7 de febrero de 1984, reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

<sup>40</sup> Art. 2º, de la Ley General de Salud vigente, precisa las finalidades del derecho de la protección de la salud, entre ellas el disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

comunidades indígenas; asimismo, señala entre los objetivos del Sistema Nacional de Salud, el colaborar al bienestar social de la población, mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, a *ancianos desamparados* y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.<sup>41</sup>

Observancia obligada en este tercer subsistema y vinculado con la segunda dimensión de la hipótesis planteada, en el que ubicamos la protección de la vejez en el nivel no contributivo o asistencial, es la Ley de Asistencia Social vigente.<sup>42</sup>

En relación con la asistencia social, como parte integrante en la estructura de la seguridad social en nuestro país, en sentido amplio y como categoría o tipo de servicio de salud, coincidimos con Mendizábal Bermúdez,<sup>43</sup> en cuanto a que al lado de los seguros sociales, se incorpora la asistencia social, a través de programas y acciones asistenciales aún y cuando no estén articuladas, se dirigen a determinados grupos de personas de la sociedad mexicana.

Consideramos importante hacer referencia a algunos de los comentarios a la iniciativa de Ley de Asistencia presentada ante la Cámara de Senadores el 28 de octubre de 1997,<sup>44</sup> antecedente de la Ley de Asistencia Social vigente.

Entre las inquietudes que motivaron esta iniciativa se destaca la preocupación por crear normas viables y eficaces en la procuración y administración de servicios sociales para la asistencia; la definición de asistencia social, la determinación de los sujetos prestadores y receptores de la asistencia social y en especial la organización, coordinación y estructuración de organismos e instituciones como prestadoras de dicha asistencia; la creación de normas relativas a la asistencia social en ámbito público y privado; los principios inspiradores, los programas y las instancias de evaluación de prioridades; y especialmente, la delimitación de las competencias tanto federal como local en esta materia, fueron entre otros, los motivos contenidos en la iniciativa de referencia.

---

<sup>41</sup> Art. 6º, Fracción III, 24º, 25º y 27º Fracción X, de la Ley General de Salud vigente.

<sup>42</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación, de 2 de septiembre de 2004, que abrogó la anterior Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 1986.

<sup>43</sup> Mendizábal Bermúdez, Gabriela. *La Seguridad Social en México*. Ed. Porrúa, México, 2007, p. 23.

<sup>44</sup> Revista Jurídica, Boletín Mexicano de Derecho Comparado. Biblioteca Jurídica UNAM, N. 92. Instituto de Investigaciones Jurídicas. México, 1997.

La materia de asistencia social, en los términos del artículo 4º Constitucional y 73, Fracción XVI, es una materia que se reconoce y denomina como concurrente, esto es, que los congresos locales en las entidades federativas, cuentan con facultades para legislar en esta materia; de allí que el título de la ley vigente no hace referencia al vocablo general, y es una ley de naturaleza federal, de manera que se mantiene la concurrencia entre la federación y las entidades federativas en materia de asistencia social, correspondiendo a la federación la adopción de bases generales, que servirán para un posterior desarrollo legislativo con criterio de uniformidad y utilizar el término *coordinación*, a través de la participación coordinada con las entidades federativas en materia de asistencia social, de manera que el objeto de la iniciativa se hizo consistir en establecimiento de las bases para la promoción de un sistema nacional que coordine la asistencia social pública y privada e impulse la participación de la sociedad y del gobierno en la materia.

La Ley de Asistencia Social, se fundamenta en la Ley General de Salud, en las disposiciones que en esta materia contiene dicho ordenamiento, y precisa en su artículo 3º, lo que se entiende por asistencia social: *el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida social y plena.*

En relación con las personas receptoras,<sup>45</sup> de la asistencia social, se establecen las características generales que determinan que una persona o grupo de personas puede encontrarse en estado de necesitar ayuda asistencial. La característica común es la imposibilidad para atender su subsistencia o que se encuentren en situación de desamparo y no cuenten con la posibilidad de hacer frente a esas circunstancias, en términos generales se refiere a niñas, niños y adolescentes en situación de riesgo, mujeres, *adultos mayores en desamparo*, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato, indígenas migrantes, personas con algún tipo de discapacidad, indigentes, alcohólicos y fármaco-dependientes y personas afectadas por desastres naturales.

---

<sup>45</sup> Art. 4º de la Ley de Asistencia Social vigente

La ley reconoce, que la prestación de los servicios asistenciales corresponde en forma prioritaria al Estado, a través de las dependencias del ejecutivo federal o mediante acciones de coordinación con gobiernos locales; así como de instituciones públicas y privadas, cuyo objetivo sea la prestación de servicios en materia de asistencia social; y la participación ciudadana, mediante la creación de asociaciones de asistencia privada, con el objeto de favorecer prioritariamente a los grupos sociales más vulnerables.<sup>46</sup>

Asimismo, la ley establece lo que se entiende como servicio básico de salud en materia de asistencia social, en los términos del artículo 168 de la Ley General de Salud y en lo que nos interesa se destaca: la atención en establecimientos especializados a menores y *adultos mayores en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos y la promoción del bienestar del adulto mayor y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud.*<sup>47</sup>

Se prevé el Sistema Nacional de Asistencia Social, cuyo objeto es promover y apoyar, con la participación de los sectores públicos, privado y las comunidades, las acciones en favor de las personas y las familias receptoras de los servicios de asistencia social. Se destaca la conformación, naturaleza jurídica, integración y funciones del Sistema Nacional de DIF. Entre sus funciones destacamos las relativas a la prestación de servicios de representación y asistencia jurídica y de orientación social a niñas, niños, jóvenes y *adultos mayores* entre otros.

El INSEN, creado por decreto presidencial, el 22 de agosto de 1979, se dedicó a proteger y atender a las personas de 60 años y más. Su actividad se enfocó al aspecto médico-asistencial. Años más tarde, el 17 de enero del 2002, también mediante decreto presidencial, el INSEN cambio la denominación a Instituto Nacional del Adulto en Plenitud y se incorporó como parte de la Secretaría de Desarrollo Social en el nivel federal. Mediante decreto presidencial, publicado en el DOF de 25 de junio de 2002, se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y con ella se cambió la denominación por INAPAM.

---

<sup>46</sup> Respecto a la definición e integración de las personas o grupos de personas que conforman lo que se denomina grupos vulnerables, Véase [www3.diputados.gob.mx/camara/001diputados/008comisioneslx/001ordinarias/003atencionagruposvulnerables](http://www3.diputados.gob.mx/camara/001diputados/008comisioneslx/001ordinarias/003atencionagruposvulnerables). Consulta diciembre de 2009.

<sup>47</sup> Artículo 12, incisos a y c de la Ley de Asistencia Social.

De acuerdo con la información publicada por el INAPAM,<sup>48</sup> el envejecimiento de la población objetivo de dicho instituto, en México diariamente 799 personas cumplen 60 años y según el CONAPO para el año 2050, uno de cada cuatro será adulto mayor, lo que repercutirá en las políticas asistenciales a los adultos mayores.

Los principales objetivos del INAPAM, se dirigen a proteger, atender, ayudar y orientar a las personas adultas mayores, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Dirige sus esfuerzos a fomentar la asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación.<sup>49</sup>

Con la expedición de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, a partir de la cual podemos considerar que en el nivel federal, se cuenta con una legislación nacional específica de las personas viejas; decimos que en dicho nivel, porque ya en el año 2000 en el Distrito Federal, se había publicado en la gaceta oficial de dicha entidad, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.<sup>50</sup>

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en el artículo transitorio quinto, especificó la expedición del estatuto orgánico del INAPAM, dentro de los 120 días posteriores a la entrada en vigor de esta ley, es decir, como fecha probable en noviembre de 2002; sin embargo, el estatuto orgánico fue publicado en el DOF de 6 de diciembre de 2004, dos años después, lo que denotó que la atención de las personas viejas en nuestro país, no fue un tema prioritario.

Se argumentó que esta ley creó al INAPAM. Sin embargo, debemos recordar que su creación, estructura, integración y funcionamiento data de 1979, cuando nació el INSEN, y las reformas legales en cuanto a este organismo, sólo han atendido a los cambios en su denominación, para la adecuación de esta ley.

---

<sup>48</sup> Véase: <http://www.inapam.gob.mx/index/index.php>. Consulta marzo de 2010.

<sup>49</sup> Idem.

<sup>50</sup> En el Distrito Federal se abordó la problemática del adulto mayor, con anterioridad al ámbito federal. Su finalidad: la atención de las necesidades más relevantes de la población de la tercera edad, dirigida esencialmente a la salud, nutrición, mercado laboral, familia, violencia, atención jurídica y educación. Esta ley fue publicada en la Gaceta del Distrito Federal el 7 de marzo del 2000 y relacionada con esta ley, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal emitió el 18 de noviembre de 2002 la Ley que establece el derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores en el Distrito Federal; pensión diaria no menor a la mitad del salario mínimo vigente en dicha entidad; esta ley fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 18 noviembre de 2003.



La ley prevé que es el INAPAM, el organismo público el rector de la política nacional en favor de las personas adultas mayores, y tiene por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidos en la misma.

También establece que los adultos mayores no podrán ser socialmente marginados o discriminados por razones de edad, género, estado físico, creencia religiosa o condición social, y establece una serie de derechos contemplados en los siguientes rubros: de la integridad, dignidad y preferencia; de la certeza jurídica; de la salud, la alimentación y la familia; de la educación; del trabajo; de la asistencia social, y de la participación y la denuncia popular.<sup>51</sup> Asimismo, dispone la necesidad de mecanismos de coordinación entre las diversas secretarías de Estado, para la realización de proyectos y programas en favor de las personas adultas mayores sobre los derechos y garantías otorgadas por la misma ley.

En el Estatuto Orgánico del INAPAM, se le confieren amplias facultades operativas y de coordinación entre las diversas instituciones y dependencias encargadas de la atención a la vejez en nuestro país y se le reconoce como *el rector de la política nacional en favor de las personas adultas mayores*. También se precisa lo que se entenderá por personas adultas mayores: *aquellas que cuentan con 60 años o más de edad y que se encuentran domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional*. En lo que nos interesa de esta ley, llamamos la atención respecto al derecho a la asistencia social, el de la salud y la alimentación para los efectos de nuestro objeto de estudio y que referiremos en forma detallada en el capítulo II de la segunda parte de este trabajo.

Hasta aquí, nos hemos referido a las disposiciones constitucionales y leyes federales reglamentarias, de las que derivan, los tres subsistemas de protección social y hemos expresado algunas ideas o aproximaciones, a los términos que invariablemente forman parte de este trabajo de investigación, entre ellos, seguridad

---

<sup>51</sup> Ponce Esteban, *María Enriqueta*. *Situación jurídica de la vejez en México frente al panorama mundial*. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana. Jurídica, No. 37, México, 2007, p.81. Para un análisis más amplio de los derechos contenidos en esta ley.

social, asistencia social. Sin embargo, en cuanto al concepto de salud, es importante que expresemos lo siguiente:

El concepto de salud ha sufrido constantes modificaciones a lo largo de su historia, se trata de un termino vivo, dinámico y por ello relativo, cuyo análisis puede ayudarnos a comprender la valoración y la dinámica en torno a la salud en cada sociedad y época; pues la salud ha llegado a ocupar una extraordinaria importancia en nuestra vida personal y social, por ende es difícil una definición única y universal. En atención a un contexto determinado, podemos decir: en el médico asistencial, el enfoque del termino es esencialmente sanitarista es decir predominan objetivos curativos; en el contexto sociológico esta configurado por el estudio de la sociedad como un todo integrado y sus objetivos son la comprensión y la actuación sobre la sociedad en su conjunto, aquí la salud de los individuos se entiende como un estado en el que puedan funcionar eficazmente para desarrollar su rol social, de manera que la salud será una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales. En el contexto económico y político, la salud puede ser vista como un bien económico y la percepción individual de la salud podrá estar en relación con el nivel salarial o de ingresos.

Respecto a algunos ideales sobre la salud, estos podrán versar desde sólo estados físicos -ausencia de enfermedades del cuerpo humano- hasta los que incluyen estados psíquicos, sociales e inclusive espirituales.

Referimos con anterioridad que al final de la Segunda Guerra mundial, surgió una comprensión moderna de la salud, tal como la estableció la OMS -1946-<sup>52</sup> *La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.* En 1997 la OMS,<sup>53</sup> respecto al término salud expresó: *la salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven;* lo que fue publicado en la formulación de objetivos de la estrategia de *Salud para Todos en el siglo XXI.*

---

<sup>52</sup> Véase: [www.oms.org](http://www.oms.org). Consulta diciembre 2008.

<sup>53</sup> Véase: [www.oms.org](http://www.oms.org). *Salud para todos en el siglo XXI.* Consulta diciembre de 2008.

Si bien algunos autores coinciden en señalar que el derecho a la protección de la salud en nuestro país, previsto en el artículo 4º Constitucional, es una disposición de carácter programático,<sup>54</sup> que establece simplemente directivas de acción para los poderes constituidos, pues de ninguna forma alcanzan a tener carácter vinculatorio. Otros sostienen, en cambio,<sup>55</sup> que si bien los derechos sociales, entre ellos el derecho de la salud, no permiten reconocer desde la Constitución, el otorgamiento de prestaciones, es decir, el reconocimiento de un derecho subjetivo oponible al Estado que garantice su exigibilidad, no por ello carecen de eficacia jurídica, al punto de convertirse en meros enunciados programáticos.

Nosotros consideramos que,<sup>56</sup> aún cuando no pueda afirmarse que desde la Constitución Federal se otorgue al particular un derecho subjetivo que obligue coactivamente al Estado para hacer efectivo ese derecho, en el momento en que el legislador desarrolla los principios fundamentales en esta materia, o como lo dice expresamente el texto constitucional, *define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud*, surge de esta forma el derecho del gobernado para exigir, siempre que se encuentre dentro de la hipótesis legal, el cumplimiento de su derecho constitucional, y en caso de que éste sea desconocido, podrá acudir al juicio de amparo reclamando la violación a su derecho constitucional a la protección de la salud.

Pensamos que la salud es un derecho constitucional, que se ostenta frente al Estado, con el fin de obtener una acción positiva de éste dirigida a la satisfacción de la salud individual, como bienestar físico, mental y social, por encima de las posibilidades personales del individuo. Salud que comprende desde nuestro punto de vista la dimensión orgánica, funcional y social, de manera que el bienestar físico y mental, contribuya al ejercicio pleno de las capacidades, al mejoramiento de la

---

<sup>54</sup> Biscaretti Di Ruffia, Paolo, *Introducción al derecho constitucional comparado*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1975, pp. 321-322.. En relación con normas programáticas.

<sup>55</sup> Cossío Díaz, José Ramón. *Estado Social y Derechos de Prestación*. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1989 p. 235. Véase también Carbonell, Miguel. *La constitución en serio. Multiculturalismo, igualdad y derechos sociales*. Ed. Porrúa, UNAM, México, 2001.

<sup>56</sup> Carbonell, Miguel. *Comentario al artículo 4º constitucional, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Comentada y Concordada*, Tomo I, Ed. Porrúa, México, 2000. De la consideración del derecho a la salud como derecho fundamental, deriva que el sistema de prestaciones que se establezca para hacerlo realidad y debe tener por lo menos las tres características: universalidad, equidad y calidad.

calidad de vida humana y en la dimensión social, a la contribución del desarrollo social. De esta forma podemos concluir que, una vez regulado en el nivel constitucional el derecho de la salud, el legislador ordinario no puede desconocerlo sino por el contrario, se ve obligado a regularlo conforme lo que dispone la Carta Magna, con lo que se materializa el derecho del individuo para combatir aquellas situaciones que llegaren a violentar sus garantías individuales.

El Poder Judicial de la Federación,<sup>57</sup> ha emitido en relación con el derecho de la salud, algunos criterios que pensamos contribuyen a corroborar que la efectividad de los derechos sociales, en específico del derecho de la salud, se realiza de manera concreta al acudir a la jurisdicción constitucional. Por ello, hacemos mención de las mismas.

Hacemos referencia a los PND, primero, porque su elaboración deriva del mandato constitucional contenido en el Artículo 26º, y en ellos, se deben abordar, entre otros aspectos, las políticas y programas sociales, y en lo que nos interesa, los programas nacionales y sectoriales de salud, que relacionamos con el derecho de la salud en el tercer subsistema de protección social; además por considerar la asistencia social, como un tipo o categoría de los servicios públicos de salud. Por lo anterior, los abordaremos en forma más detallada en el capítulo II de este trabajo y nos enfocaremos a los que comprenden los períodos 2001-2006 y 2007-2012, por estar incluidos en el período que hemos delimitado y que resaltan los fenómenos del envejecimiento de la población y la protección de los adultos mayores. En seguida, nos referiremos en términos generales a dichos planes.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006,<sup>58</sup> correspondiente al gobierno de Vicente Fox, lo que nos interesa de dicho plan es que abordó temas

---

<sup>57</sup> Nos permitimos citar sólo los rubros, con los datos de localización: *SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTIA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTICULO 4º. CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCION DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS. Novena Época, Pleno, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo XI, Marzo de 2000, Tesis P.XIX-2000, página 112 y TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO. EL ARTÍCULO 24, FRACCION V, DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, VIOLA LA GARANTIA DE IGUALDAD CONTENIDA EN EL ARTÍCULO 4º. CONSTITUCIONAL, Novena Época, Pleno, Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Tomo X, agosto de 1999, Tesis P.LIX-99 página 58*

<sup>58</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación de 30 de mayo de 2001.

relacionados: con la transición demográfica, las transformaciones en el tamaño de la población, las transformaciones en la estructura por edad y los datos estadísticos relacionados con la mortalidad infantil, las tasas de fecundidad y las esperanzas de vida, así mismo, el rubro denominado *bono demográfico*, en el que se resaltó, que el grupo de adultos mayores de 65 años o más, registró una tasa de crecimiento insólita en la historia demográfica de México, de más del 3.7 por ciento anual, y que podría alcanzar ritmos acelerados cercanos al 4.6 por ciento en el 2020. De manera que el crecimiento de este grupo poblacional, tendrá como consecuencia un impacto social y económico que exigirá cuantiosos requerimientos de recursos para proporcionar pensiones suficientes.

El 6 de marzo de 2002, como parte de la política social del gobierno federal para promover estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación, se renombró al PROGRESA como Programa Desarrollo Humano y Oportunidades *PDHO*. En este contexto, el Consejo Técnico del IMSS aprobó el cambio de nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades, debido a que otorga el componente salud a los beneficiarios del PDHO, enfocado a sectores de la población marginados, en pobreza y pobreza extrema. En este período foxista, observamos la creación de la Ley de los Derechos de la Personas Adultas Mayores.<sup>59</sup> Además y muy importante, es que durante este período se promulgó la reforma a la LGS en mayo de 2003, que dio origen al tercer subsistema de protección social.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012,<sup>60</sup> del actual gobierno de Felipe Calderón Hinojosa, está estructurado en cinco ejes rectores: 1. Estado de Derecho y seguridad. 2. Economía competitiva y generadora de empleos. 3. Igualdad de oportunidades. 4. Sustentabilidad ambiental. 5. Democracia efectiva y política exterior responsable. Asume como premisa básica la búsqueda del Desarrollo Humano Sustentable; esto es, del proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin

---

<sup>59</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 25 de junio de 2002.

<sup>60</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 31 de mayo de 2007.

comprometer el patrimonio de las generaciones futuras; en él se precisan los objetivos nacionales, estrategias, prioridades y programas.

Se prevé en el eje 2, relativo a la Economía Competitiva y Generadora de Empleos, la consolidación de un *Sistema Nacional de Pensiones*, en el cual la reforma a la ley del ISSSTE vigente, se dice, contribuirá a dicho sistema, en términos generales y en forma específica por la creación de la figura *portabilidad de cuentas individuales*, entre el modelo pensionario previsto en esta nueva ley y en la Ley del Seguro Social vigente; así como con las reformas y adecuaciones por la Ley de los Sistemas para el Ahorro para el Retiro, que implican la transformación de los modelos pensionarios, por la sustitución del modelo de reparto, por el de capitalización individual. En este período de gobierno, se promulgó la ley del ISSSTE vigente.

En el eje 3, relativo a la igualdad de oportunidades, en materia de política social, en relación con el derecho de la salud, la alimentación y la superación de la pobreza, se destaca el nuevo componente del Programa Oportunidades *Apoyo a Adultos Mayores y 70 y más*, que consiste en brindar ayuda monetaria a los adultos mayores de 70 años o más, integrantes de familias afiliadas al Programa Oportunidades; este componente pretende cubrir, en el nivel nacional a 970 mil adultos mayores que se encuentran en pobreza alimentaria y de capacidades.<sup>61</sup>

Consideramos importante, hacer referencia a los indicadores, relacionados con el tema de la vejez y que desde nuestro punto de vista, debieran conducir a identificar las fórmulas jurídicas o políticas que se han empleado o destinado a la protección social de la vejez y por lo tanto estimar a ésta como un centro de imputación de normas. Además, estos indicadores son el resultado de la aplicación de acciones en materia de salud pública. Sin ellos, no sería posible hablar, ni del envejecimiento, ni de la vejez.

---

<sup>61</sup> Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades 2006. Véase: [http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs\\_eval\\_2006.php](http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs_eval_2006.php). Consulta diciembre de 2008. En el tema de superación a la pobreza se distingue: pobreza alimentaria, referente a ingreso per cápita insuficiente para adquirir una alimentación mínimamente aceptable; pobreza de capacidades, puede cubrir necesidades mínimas de alimentación, pero persiste insuficiencia en el ingreso per cápita para atender la educación y la salud y pobreza patrimonial, puede cubrir necesidades de alimentación, educación y salud pero el ingreso es insuficiente para adquirir vivienda, calzado y transporte.

#### D. Indicadores relacionados con el tema de la vejez

En los términos del diccionario,<sup>62</sup> el vocablo indicador se expresa como adjetivo que sirve para indicar, e indicar es relativo a mostrar o significar algo con indicios y señales. En cuanto a este término coincidimos con López Ayllón,<sup>63</sup> respecto a que algunos indicadores en materia de salud y seguridad social, pueden presentar problemas de metodología y congruencia; sin embargo, consideramos conveniente hacer referencia a algunos de ellos por su ligada relación con la vejez y protección social de la misma.

Nos referiremos primero al crecimiento y cambio demográfico de la población, que origina el envejecimiento de la misma, y en seguida por su vinculación analizaremos, en segundo término, los indicadores de salud a través de los índices de esperanza de vida, fecundidad e índices de mortalidad, de acuerdo con los datos e indicadores del INEGI y del CONAPO. Asimismo, expresamos que las gráficas las obtuvimos de los organismos citados y en la descripción de los indicadores respetamos la terminología estadística utilizada por el INEGI y el CONAPO.

##### 1. Envejecimiento de la población

Es oportuno que distingamos entre el envejecimiento biológico de las personas y el envejecimiento demográfico. El primero reviste consecuencias y significaciones sociales diferentes según el momento y el lugar y que atribuimos a la persona que ubicamos en la etapa de vejez. Desde este punto de vista, decimos que el envejecimiento atribuido a la población pudiera implicar un malentendido, porque pensamos que la población no envejece, una población no nace, vive y muere como sucede en el organismo individual; quienes envejecen son las personas.<sup>64</sup>

---

<sup>62</sup> Diccionario de la Real Academia Española. 22ª, Ed. Espasa, T,II, h/z, España, 2002, pp.1266 y 1267.

<sup>63</sup> López Ayllón, Sergio. *Las transformaciones del sistema jurídico y los significados de los derechos sociales en México*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1997, pp. 130-136.

<sup>64</sup> En el ámbito de la geriatría, el envejecimiento de las personas se ha caracterizado como un proceso gradual de deterioro, donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios fisiológicos y bioquímicos, se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo, de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés.

El envejecimiento demográfico consiste en un cambio en la estructura de edades, es decir, en el mayor o menor peso de unas edades respecto a otras en el conjunto de la población. Éste generalmente se traduce en un aumento del porcentaje de personas viejas. En términos gráficos significa que la pirámide de población va perdiendo anchura por su base mientras la gana por la cúspide, ello se conoce como inversión de la pirámide poblacional. El envejecimiento demográfico es el resultado de que las personas vivan más años. Podemos decir, que en las poblaciones en que se han alcanzado niveles bajos de mortalidad infantil y fecundidad, por lo tanto un aumento en la esperanza de vida, la consecuencia es el envejecimiento demográfico.

Para Ham Chande,<sup>65</sup> el término envejecimiento se utiliza tanto en la referencia a individuos como a poblaciones, aún cuando distingue que en la persona, el envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social que corresponde alcanzar a una edad avanzada, que se define no cronológicamente sino por el incremento en los riesgos de perder autonomía y recaer en una dependencia sobre la familia y la sociedad debido a la disminución de la salud y la presencia de incapacidades físicas mentales o sociales; para el envejecimiento en la población o envejecimiento demográfico, es el incremento en números absolutos y porcentuales de personas envejecidas que conlleva consecuencias sociales y económicas.

Ham afirma, que el aspecto del envejecimiento que traerá mayor impacto social y económico, será el de los estados de salud. Sostiene que la población de México envejecerá en 4 décadas, lo que a Francia le tomó 250 años.<sup>66</sup>

Alejandro Canales y Virgilio Partida, publicaron,<sup>67</sup> dos artículos importantes relacionados con el envejecimiento de la población y perspectivas del cambio demográfico que consideramos oportuno referir.

---

<sup>65</sup>Ham Chande, Roberto. *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. Ed. Porrúa, México, 2003, pp. 40-41.

<sup>66</sup> Idem. En la historia demográfica de Francia, desde 1750, su población ya tenía una proporción de 5.2 por ciento de personas en edades de 65 o más, cifra que en nuestro país se logró poco después del año 2000. El porcentaje de la población francesa en las edades de 65 o más en el año 2000 fue de 16.2 por ciento, cifra que México alcanzará hacia el 2030.

<sup>67</sup> Canales, Alejandro, Partida, Virgilio. *Carta Demográfica sobre México*. Revista Demos. Ed. De Buena Tinta, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, México, 2001, No. 14, pp. 4-7.



En el primero de los artículos, Canales resaltó que el envejecimiento de la población es un tema de creciente interés en cuanto a su impacto social y económico en la sociedad y lo aborda desde tres niveles: el primero, en el nivel de los individuos, el envejecimiento se refiere a la ampliación de los horizontes de vida derivada del incremento en la sobrevivencia en el que se plantean demandas y necesidades específicas; en el segundo, en el nivel de la población, el envejecimiento se deriva del descenso en la fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, tendencias que llevan a una reducción del peso específico de los niños y jóvenes a la vez que se incrementa el porcentaje de los adultos, y por último en el nivel de la sociedad, el envejecimiento es desde su punto de vista, una figura metafórica que ilustra el surgimiento de una estructura demográfica compleja que implicará cambios profundos en el sistema de roles, estatus y posiciones sociales de las distintas categorías y estratos etéreos de la población.<sup>68</sup>

Para Partida, el descenso de la fecundidad y la mortalidad continuarán en el corto, mediano y largo plazo, a una velocidad menor de como lo han venido haciendo en los últimos veinticinco años, de manera que el futuro traerá consigo un fuerte envejecimiento de la población de nuestro país y los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico, de manera que dentro de cincuenta años, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad; el proceso de envejecimiento de la población en nuestro país seguirá su curso y la gradual concentración en adultos y personas de la tercera edad es evidente.

A continuación nos permitimos ilustrar gráficamente en las tablas 2, 3 y 4, el envejecimiento de la población en nuestro país y la inversión de la pirámide de poblacional, pues en el año 2000 había 6.2 millones de mexicanos, que representó el 6.5 por ciento de la población total del país que tenían 60 años o más. Para el 2005, el CONAPO informó que los adultos mayores serían 8.2 millones y representarían el 7.7 por ciento de la población total.<sup>69</sup> De acuerdo con el II Conteo

---

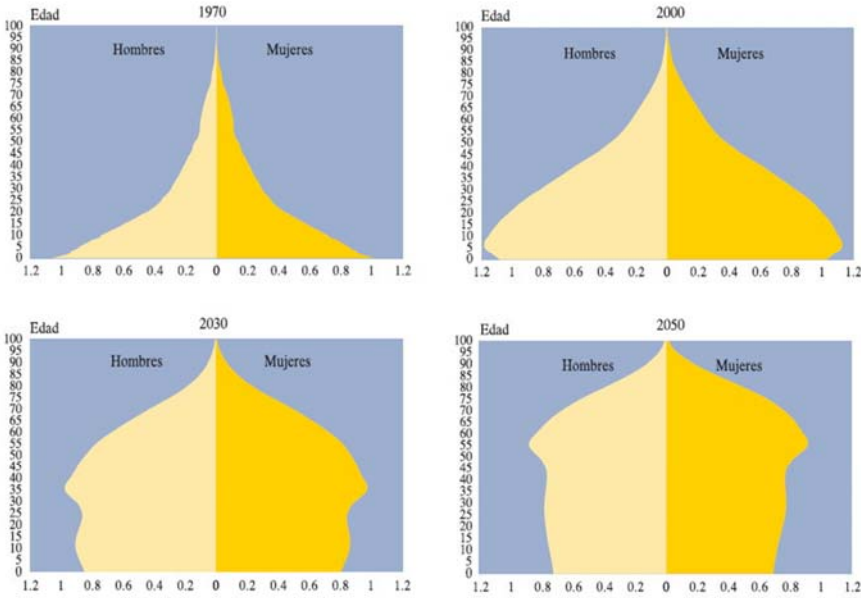
<sup>68</sup> Montes de Oca, Verónica. *El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política*. Revista Papeles de Población, Núm. 35, enero-marzo, UNAM, México, 2003.

<sup>69</sup> CONAPO: Proyecciones de la población de México 2005-2050. Véase: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/Proy05-50.pdf>. Consulta marzo de 2010

de Población y Vivienda, INEGI 2005, el grupo de personas de 60 años y más representó el 8.3 por ciento de la población total.

### Tabla 2 Inversión de la pirámide poblacional

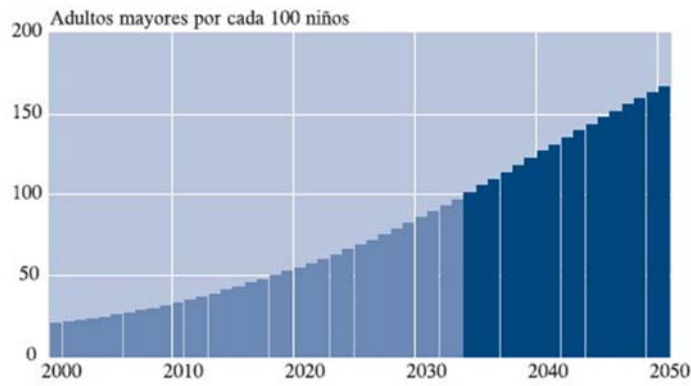
*Pirámides de población de México, 1970-2050*



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

**Tabla 3 Índices de envejecimiento de la población en México 2000-2050**

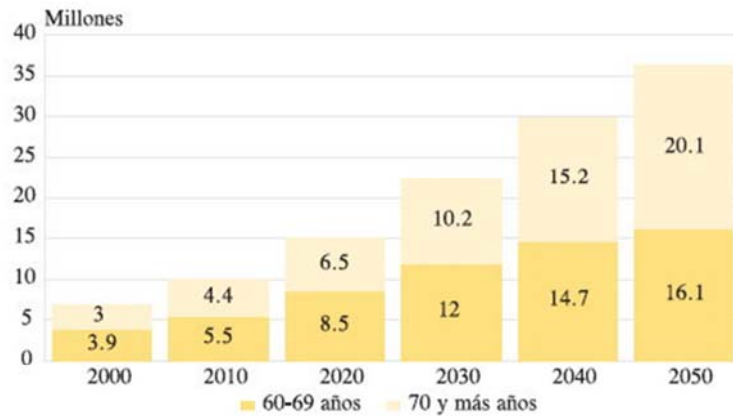
*Índice de envejecimiento de la población en México, 2000-2050*



\* Nota: el cambio, de izquierda a derecha, en el color de las barras indica que la razón es favorable a los adultos mayores.  
Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

**Tabla 4 Población de adultos mayores de México, 2000-2050**

*Población de adultos mayores de México, 2000-2050*



Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

## 2. Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer se refiere al número de años que, en promedio, se espera viva un recién nacido, bajo el supuesto de que a lo largo de su vida estará expuesto al riesgo de muerte observado para la población en su conjunto, en un período determinado. Este indicador permite medir la intensidad de la mortalidad en una población y compararla entre distintas regiones.<sup>70</sup>

En el México de 1930 se esperaba que una recién nacida viviera en promedio 34.7 años y para los niños la esperanza de vida al nacer era de 33 años, lo que se traduce en una diferencia de 1.7 años menos para los varones.

Sin lugar a dudas, el mejoramiento de las condiciones de salud, los adelantos científicos y tecnológicos en la medicina, la ampliación de cobertura de los servicios médicos y las campañas nacionales de vacunación, contribuyeron a incrementar los niveles de bienestar de vida y son factores que han incidido en una ganancia en la expectativa de vida de la población; la intervención del SNS, ha sido determinante.

El aumento en la expectativa de vida de la población, muestra la reducción de la mortalidad que se ha experimentado en el país, como resultado del desarrollo económico, social y el progreso en sus condiciones generales de salud, que contribuyen en la reducción de la mortalidad infantil así como en el patrón de causas de muerte de la población en general.

Entre los años de 1970 y 2006 la esperanza de vida en la población mexicana se incrementó en 13 años para los hombres y 14.2 para las mujeres.

La esperanza de vida en México alcanzará 80 años en 2050, de acuerdo con las proyecciones del CONAPO; la vida media de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de 36 años en 1950 a 74 años en 2000. Se espera que en las próximas décadas continúe el incremento hasta alcanzar 80 años en 2050.

---

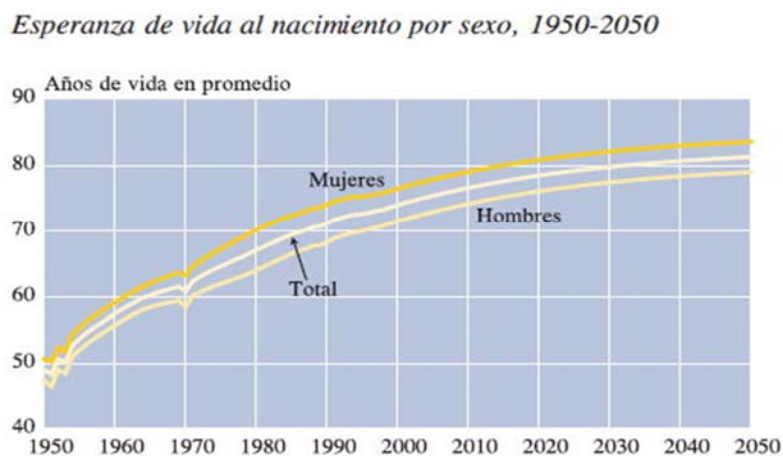
<sup>70</sup> INEGI. *Hombres y Mujeres en México*. 11ª, México, 2007, p. 87.

Se estimó que la esperanza de vida de las mujeres en 2005 ascendería a 77.9 años y la de los hombres a 73.0 años, cifras que se incrementarán a 83.6 y 80.0 años respectivamente en 2050.<sup>71</sup>

La esperanza de vida en México ha aumentado diez años en las últimas tres décadas, de tal manera que, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad, la población mexicana nacida en 2009 vivirá en promedio 75.3 años, lo que representa 3.1 años más en comparación con 1994. En este indicador existen desigualdades por sexo, ya que las mujeres son más longevas, al tener una esperanza de vida de 77.6 años en contraste con 72.9 años de los varones.<sup>72</sup>

El incremento en la esperanza de vida es uno de los indicadores demográficos significativo y podría ser más, en el supuesto de que a este incremento del tiempo de vida se asociara uno en la calidad de vida. Este indicador atiende a la reducción de las tasas de mortalidad infantil y a la baja tasa global de fecundidad, como lo representamos en forma gráfica, en las tablas 5 y 6 siguientes.

**Tabla 5 Esperanza de vida al nacimiento por sexo, 1950-2050**



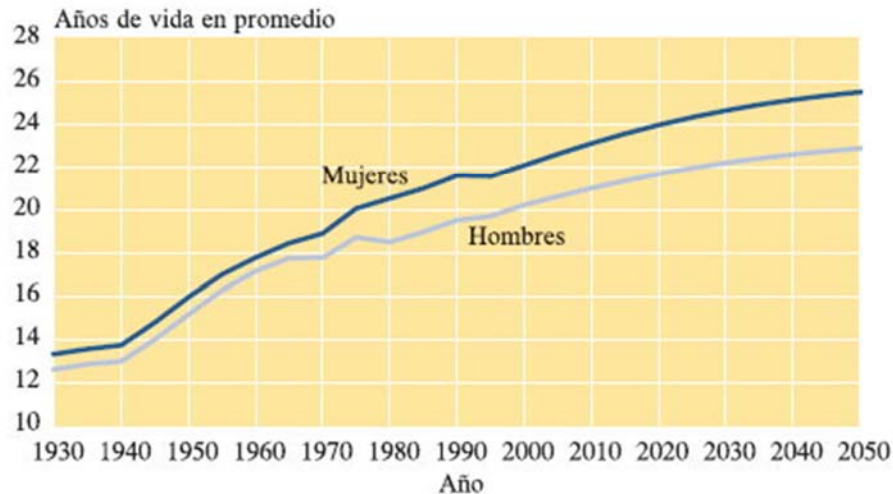
Fuente: Estimaciones del CONAPO.

<sup>71</sup> CONAPO. *El envejecimiento de la población en México. Transición demográfica de México*. Véase: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>. Consulta diciembre de 2009.

<sup>72</sup> CONAPO. Boletín Informativo No. 09/09 de 7 de abril de 2009. Véase: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2009/bol090407b.pdf> Consulta diciembre de 2009.

**Tabla 6 Esperanza de vida a los 60 años por sexo, 1930-2000**

*Esperanza de vida a los 60 años por sexo, 1930-2000*



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

### 3. Índice de Fecundidad

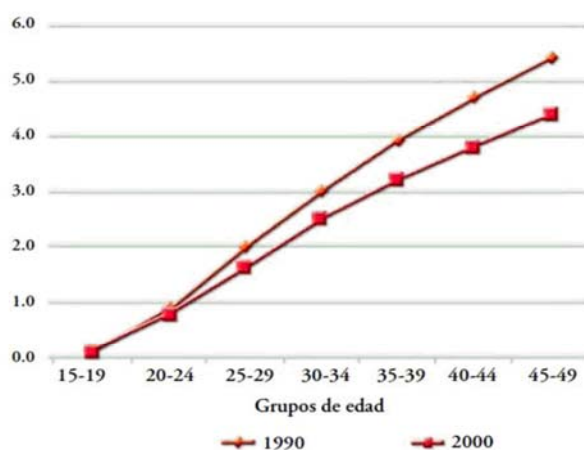
Entre 1910 y 1960 la población de México se duplicó de 15 a 35 millones y durante las dos décadas siguientes se dio uno de los crecimientos demográficos más acelerados en la historia del país al duplicarse el monto de la población a casi 70 millones. La fecundidad fue uno de los componentes que influyó en mayor medida para que se diera este crecimiento de población. Las parejas tenían alrededor de 6 hijos a principios del siglo XX y alcanzaron un máximo de 7.2 hijos durante la primer mitad de los 70's.

La instrumentación de la política de población a mediados de la década de los 70's del siglo pasado -creación del CONAPO- y la gradual y masiva difusión de las prácticas de control natal, a través de las campañas nacionales de planificación familiar bajo el lema: *la familia pequeña vive mejor*; impulsaron la transición de la fecundidad en el país.

La tasa global de fecundidad indica el promedio de hijos nacidos vivos que una mujer habría tenido al final de su vida reproductiva de 15 a 49 años. La fecundidad en el país continúa disminuyendo, ya que el porcentaje de mujeres con más de 3 hijos ha descendido, mientras el de las que tienen 3 o menos ha aumentado. La proporción de mujeres de 30 a 34 años que tienen más de 3 hijos es de 23.3 por ciento, lo que significa una reducción de 12.2 puntos porcentuales con respecto al valor de 1990 relativo al 35.5 por ciento. Este descenso es experimentado, incluso por las mujeres de 45 a 49 años, que prácticamente han terminado su ciclo reproductivo; en ellas, la proporción de las que tienen más de tres hijos se redujo notablemente al pasar de 67.3 por ciento en 1990 a 55.6 por ciento en el 2000, como se visualiza en la tabla 7 siguiente.<sup>73</sup>

**Tabla 7 Promedio de hijos nacidos vivos por grupos de edad de las mujeres, 1990-2000**

Promedio de hijos nacidos vivos por grupos de edad de las mujeres, 1990 y 2000

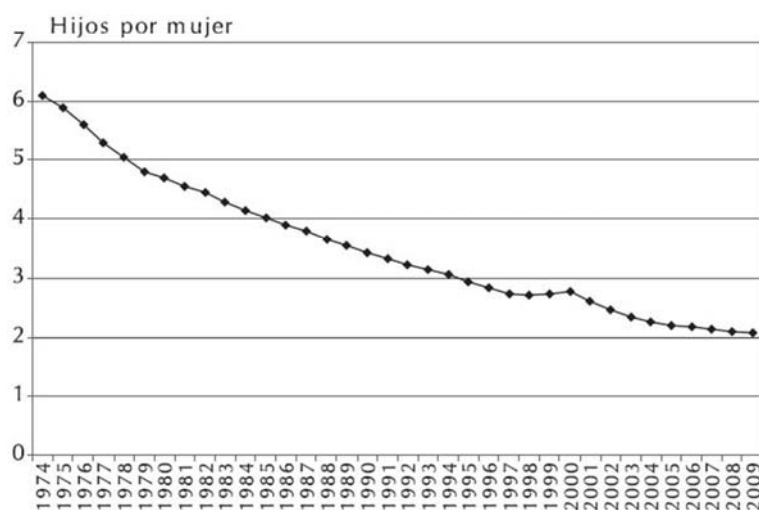


Fuente: INEGI.

<sup>73</sup> INEGI. *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, México, p. 7.

Según estimaciones y proyecciones realizadas por el CONAPO,<sup>74</sup> la Tasa Global de Fecundidad pasó de poco más de seis hijos por mujer en 1974 a 3.43 en 1990, 2.77 en 2000 y 2.08 en 2009, como lo representamos en la tabla 8 siguiente; lo que significó una reducción de casi dos terceras partes. Se pueden identificar tres etapas en el descenso de la fecundidad durante estos 35 años: 1. Una primera fase de rápido descenso, entre 1974 y 1980, cuando la Tasa Global de Fecundidad se redujo en 1.4 hijos, con un decremento medio anual de 0.2 hijos; 2. Una segunda fase de descenso más moderado, entre 1981 y 1998, cuando la Tasa Global de Fecundidad disminuyó en 1.84 hijos, con un decremento anual de 0.1 hijos; y 3. Una tercera fase en la que se da un ligero ascenso para posteriormente volver a descender, entre 1999 y 2009, cuando la Tasa Global de Fecundidad se redujo en 0.66 hijos, con un decremento anual de 0.06 hijos.

**Tabla 8 Tasa Global de Fecundidad, 1974-2009**



Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en encuestas nacionales demográficas y proyecciones de población 2005-2050.

<sup>74</sup> El descenso de la fecundidad en México, 1974-2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población. La situación demográfica de México 2009. Véase: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2009/02.pdf>. Consulta marzo de 2010.



#### 4. Índice de mortalidad

En este indicador se distingue la tasa bruta de mortalidad y la mortalidad infantil. La tasa bruta de mortalidad representa la relación entre las defunciones ocurridas en un año y la población media durante ese mismo lapso, es el indicador más común para medir la mortalidad.

Uno de los aspectos significativos del cambio en la mortalidad en México es la reducción en sus niveles, combinado con una alta fecundidad, provoca un incremento en la proporción de la población de edades entre 5 y 30 años, que es el grupo menos afectado por la mortalidad.

En 1970 se registraron 9.7 muertos por cada mil habitantes; 20 años después, en 1990 esta proporción se situó en 5.4 y en el 2006 se redujo a 4.9 muertes por cada mil residentes en el país. En 1970 la tasa de mortalidad masculina fue de 10.5 defunciones por cada mil hombres y la femenina alcanzó 9 decesos por cada mil mujeres.<sup>75</sup>

En 2006, la tasa bruta de mortalidad masculina se redujo a 6 y la femenina a 4 defunciones por cada mil residentes. La mortalidad infantil,<sup>76</sup> se refiere al cociente entre el número de defunciones que ocurren en un año por cada mil nacidos vivos en ese mismo lapso, es decir, es el resultado de dividir el número total de las defunciones de menores en un año ocurridas en un determinado período y el número total de niños nacidos vivos por mil habitantes. Se estima que en 2005 en México fallecieron poco más de 16 menores de un año por cada mil nacimientos.<sup>77</sup>

Las defunciones infantiles tienen un peso importante en los niveles de mortalidad general, ya que en 2005 representaron el 6.6 por ciento de las defunciones totales registradas. En los primeros años de vida de las personas, en particular durante el primero, el riesgo de morir es mayor que en los años subsiguientes. La mortalidad infantil registró un importante descenso; en 1970

---

<sup>75</sup> Secretaría de Salud. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Núm.10. Vol. 26 Semana 10, México, marzo de 2009.

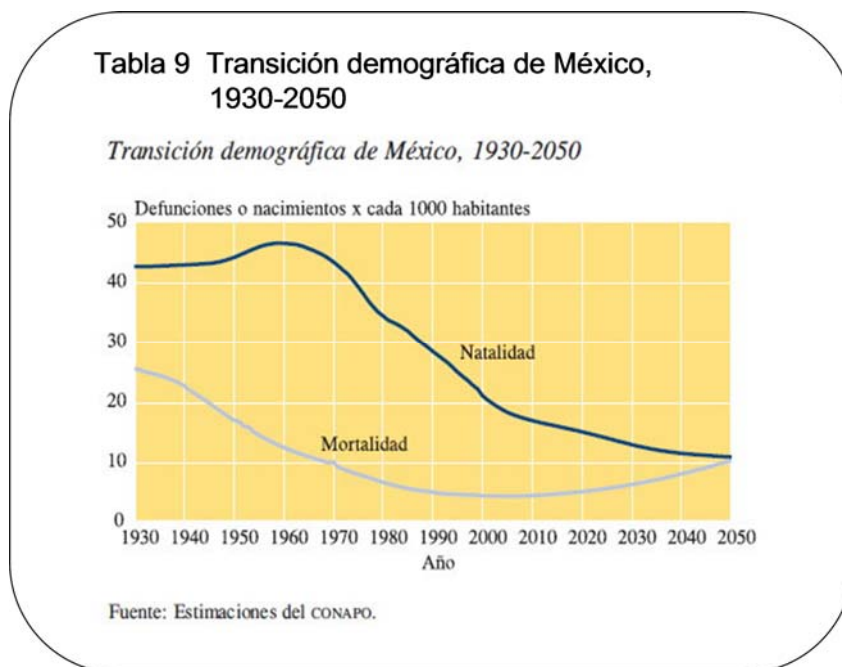
<sup>76</sup> Idem.

<sup>77</sup> Idem.

fallecían 77 menores de un año por cada mil nacidos vivos; en el 2005 la mortalidad infantil era de 16.4 defunciones por cada mil nacidos vivos.<sup>78</sup>

Como consecuencia del abatimiento de la mortalidad infantil se provocó un marcado aumento en la esperanza de vida al nacer, ya que en 1930 era de sólo 33 años, en 1960 llegó a 59 años y en 2000 se incrementó a 75.3 años, y de acuerdo con las proyecciones del CONAPO en el 2010 se alcanzaran los 78.1 años y en 2020 será de 80.4 años la esperanza de vida.<sup>79</sup>

Proyecciones del CONAPO,<sup>80</sup> estiman que la mortalidad descenderá hasta alrededor de 5.0 defunciones por cada mil habitantes en el 2006 y posteriormente aumentará hasta 10.4 defunciones por cada mil habitantes en el 2050. Este aumento en la tasa de mortalidad a partir del 2007 se produjo por el incremento en la población de adultos mayores, que propiciará un mayor número de defunciones y continuará incrementándose la esperanza de vida. Así se ilustra en la tabla 9 siguiente.



<sup>78</sup> Secretaría de Salud. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Núm.10, Vol. 26 Semana 10, México, marzo de 2009.

<sup>79</sup> La esperanza de vida en México ha aumentado 10 años en las últimas tres décadas. Véase: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2002/12.pdf>. Consulta diciembre de 2009

<sup>80</sup> El envejecimiento de la población en México. Transición demográfica en México. Véase: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02.pdf>. Consulta diciembre de 2009.

SEGUNDA PARTE  
SISTEMA JURÍDICO DE LA PROTECCIÓN  
DE LA VEJEZ

CAPÍTULO I  
INSUFICIENCIA DE LA PROTECCIÓN  
EN LOS SUBSISTEMAS DE SEGURIDAD  
SOCIAL, EN EL NIVEL CONTRIBUTIVO

### *A. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*

A la cabeza del sistema jurídico mexicano, la norma suprema, nuestra Constitución, producto de acalorados debates en el Constituyente de 1916- 1917. Con ella aparece el constitucionalismo social como consecuencia del movimiento armado de 1910, con las características distintivas del establecimiento de los derechos sociales en los ámbitos agrario, con el reparto de la tenencia de la tierra y la reducción del latifundio en el artículo 27º; el derecho a la educación en el artículo 3º; el artículo 5º que abolió el peonaje y el 123º que reglamentó los derechos del trabajo, el reconocimiento de los derechos a la organización profesional, la huelga, la contratación colectiva, la defensa de los derechos del trabajo como: la jornada, el salario, el descanso obligatorio, y abrió la puerta a la reglamentación del seguro social.

En el ámbito laboral se sientan las bases para el surgimiento, primero del seguro social y después de la seguridad social. Así, con el nacimiento del constitucionalismo social se inician las líneas de acción para la intervención del Estado en la procuración del bienestar social dirigido a la población mexicana, aspecto social que no ha sido excluido de nuestra Constitución vigente, no obstante las diversas y constantes reformas de las que ha sido objeto.

Hemos expresado con anterioridad que nos justificamos al omitir referencias al texto original de nuestra Constitución, porque en cuanto al tema de los derechos sociales de la seguridad social y del derecho de la salud, no encontramos referencia expresa en dicho texto;

El tema de la seguridad social, apenas se esbozaba y se acotaba a las compensaciones por enfermedad y accidentes de trabajo. No olvidamos que el capítulo relativo al Trabajo y la Previsión Social, contenido en el artículo 123º, sin los actuales apartados, contemplaba el germen de la actual fracción XXIX, del Apartado A, al considerar de utilidad social, el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, vida, cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros fines análogos, para infundir e inculcar la previsión popular; por lo tanto, derivado de las prestaciones laborales con responsabilidad patronal y de los trabajadores. El establecimiento de cajas de ahorro y seguros populares abrió la puerta para la participación del Estado en algunos casos como promotor y colaborador económico pero sin abordarse tal aspecto como una cuestión de derecho social.

La idea de la seguridad social tendría que esperar y madurar varios años después, para ser entendida como un beneficio social de responsabilidad pública, obligatoria y de carácter federal. Idea que se cristalizó en 1929, cuando el Congreso de la Unión asumió la facultad para legislar en materia laboral y de seguridad social, pues con anterioridad la competencia para legislar en tales ámbitos, era concurrente entre el gobierno federal y los gobiernos de las entidades federativas. En el gobierno de Emilio Portes Gil, mediante reforma constitucional a la citada Fracción XXIX, se declaró de utilidad pública un seguro social, federal y obligatorio y partir de tal reforma, la exclusiva competencia federal en materia del derecho del trabajo y de la seguridad social.

Coincidimos con Farfán,<sup>1</sup> en que la noción de seguridad social plasmada en la Fracción XXIX del artículo 123º, en el texto original de nuestra Constitución, fue una idea limitada, expresión de esa época e involucraba intereses tanto de trabajadores, empresas y grupos de poder, de manera que dicha noción y lo relativo a la salud, se circunscribieron al aspecto laboral y dieron origen con posterioridad en 1943, al seguro social.

En 1925, durante el gobierno de Plutarco Elías Calles,<sup>2</sup> encontramos lo que pudiera considerarse como un antecedente de la seguridad social en nuestro país,

---

<sup>1</sup> Farfán Mendoza, Guillermo. *Los orígenes del seguro social en México: un enfoque neoinstitucional histórico*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2009, p.60.

<sup>2</sup> Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*. Ed. Harla, México, 1987, p. 289.

con la creación de la Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro, antecedente inmediato de lo que hoy es el ISSSTE, que ofertaba a los trabajadores al servicio del Estado, pensiones de retiro a la edad de 55 años y a los 35 años de servicio. Sin embargo, no cubría la prestación de servicios de salud ni la protección de salarios; y en 1926 en dicho período de gobierno se creó el Departamento de Salubridad y se expidió un Código sanitario.

Esta es una de las bases de la seguridad social en materia burocrática y la primera ley del ISSSTE en 1959, durante el gobierno del Adolfo López Mateos. Ambas surgieron antes de la reglamentación constitucional del derecho burocrático, es decir, el Apartado B, del artículo 123º de la Constitución, que se adicionó hasta 1963.

Durante el período comprendido desde la promulgación de nuestra Constitución en 1917, hasta principios de los 70's del siglo pasado, no advertimos con la dimensión actual el fenómeno del envejecimiento de la población; ello no quiere decir que no existiesen personas viejas, puestas éstas existen y han existido en todos los tiempos. Sin embargo, en la República Mexicana, el crecimiento poblacional presentó distintos ritmos durante los primeros cinco decenios del siglo XX,<sup>3</sup> pues la población se duplicó de 13.6 a 25.8 millones de habitantes y entre 1950 y 1970, su ritmo de crecimiento fue más acelerado y casi se duplicó en dos décadas al pasar de 25.8 a 48.2 millones de personas; aunado a ello, el período de 1940 a 1970 se caracterizó por un acelerado proceso de desarrollo urbano, el crecimiento de las áreas urbanas y la migración de las zonas rurales, fenómeno que se conoce como la transición de una sociedad esencialmente agrícola a una urbana, semiindustrializada o en desarrollo urbano e industrial.

En este mismo contexto,<sup>4</sup> dicho período entre los 40's y los 70's, se caracterizó además de la transición rural a urbana; de la agrícola a la semiindustrial o en vías de desarrollo industrial, por el inicio de la transición de una política social de tipo corporativo, que va de 1946 hasta la crisis económica de los años 80's, sin olvidar

---

<sup>3</sup> INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. *Perfil Sociodemográfico de los Estados Unidos Mexicanos, 2002*. INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005. México, 2005

<sup>4</sup> Farfán Mendoza, Guillermo. *Los orígenes del Seguro Social en México: un enfoque neoinstitucional histórico*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2009 p.2.

que en 1931, se expidió la primera Ley Federal del Trabajo y en 1943, durante el gobierno del general Manuel Ávila Camacho, se logró la expedición de la primera Ley del Seguro Social y se abordó lo relativo a la creación del IMSS.

El derecho social referente a la protección de la salud, se elevó a rango constitucional hasta 1983,<sup>5</sup> cuando se adicionó el párrafo cuarto, hoy tercer párrafo, al artículo 4º. Para algunos autores, éste es un derecho prestacional de segunda generación,<sup>6</sup> cuyo cumplimiento ha de ser progresivo, de acuerdo con el nivel de desarrollo y los recursos disponibles para destinar a la satisfacción del mismo. Esta reforma legislativa coincidió con la ratificación o adhesión de nuestro país en 1981 a importantes instrumentos internacionales,<sup>7</sup> entre ellos: La Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José. OEA, 1969; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ONU, 1966 y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU, 1966.

El párrafo tercero, del artículo 4º antes citado, dispone que será la ley reglamentaria la que defina *las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud*. De manera que esta ley, es la que ha de dotar de contenido concreto al derecho, así como los medios y mecanismos para exigir su satisfacción por parte del Estado.

Respecto del derecho a la protección de la salud y la ley reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4º constitucional, así como la integración, funcionamiento y evolución del Sistema Nacional de Salud y la reforma de agosto de 2003 a la Ley

---

<sup>5</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983.

<sup>6</sup> En relación con la clasificación de los derechos humanos y los derechos fundamentales puede consultarse el Reglamento de la Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1992, el que distingue a los primeros como los inherentes a la naturaleza humana, sin los cuales no se puede vivir como ser humano y los fundamentales, como aquellos que son reconocidos por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los que se recogen en los pactos, convenios y tratados internacionales suscritos y ratificados por México. También en relación con la clasificación de los derechos de primera y segunda generación, véase: Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM Vol. 43, Núm. 6, noviembre-diciembre 2000: el artículo *Los derechos humanos y la salud pública*, p. 239 de Fernández Varela, Mejía Héctor, Et. al, que señala que los derechos de primera y segunda generación: los primeros son los derechos civiles y políticos en su dimensión individual, inherentes a la persona en su calidad de ser humano y los de segunda generación, son los derechos económicos, sociales y culturales, que corresponden a su dimensión social y que se refieren a derechos que se reconocen como parte de un contexto social determinado. A los derechos de segunda generación, pertenece el relativo a la salud.

<sup>7</sup> Fernández Varela Mejía, Héctor, Sotelo Monroy, Gabriel E. *Los derechos humanos y la salud pública*. Revista Facultad de Medicina, UNAM, Vol. 43, Núm. 6 noviembre - diciembre 2000 p. 239, México.

General de Salud, mediante la cual se implementó el SPSS, y el seguro popular de salud como instrumento operativo de dicho sistema, que para los efectos de este trabajo denominamos como tercer subsistema de protección social en salud con enfoque al acceso efectivo de la atención médica de los servicios de salud a la persona; y que vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada, la abordaremos en el capítulo II de esta segunda parte; pues en este capítulo nos circunscribiremos al primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

Por lo anterior, nos justificamos para omitir en adelante referencias al texto original de nuestra Constitución y al referirnos a ella y sus leyes reglamentarias en materia de seguridad social, lo haremos sólo en el período que hemos delimitado para nuestro objeto de estudio, que es el comprendido de 1970 a 2008. Lo anterior porque, de las leyes reglamentarias en materia de seguridad social, derivamos el primer y segundo subsistema de protección social; del artículo 4º y su ley reglamentaria, la LGS, el tercer subsistema de protección social en salud, que vinculamos respectivamente a la primera y segunda dimensión de la hipótesis planteada.

### *B. Ley General de Salud*

Hemos expresado que en nuestro país fue hasta 1983,<sup>8</sup> cuando mediante reforma legislativa se elevó a rango constitucional el derecho de la salud con la adición del actual párrafo tercero del artículo 4º, y que las condiciones de acceso a los servicios de salud se encuentran contenidas en la ley reglamentaria que es la Ley General de Salud;<sup>9</sup> por lo tanto consideramos que es un derecho constitucional y no solo una norma programática. Desde el punto de vista de Soberanes Fernández,<sup>10</sup> con esta reforma México siguió la línea de los organismos internacionales en la materia, es

---

<sup>8</sup> Publicada en el DOF de 3 de febrero de 1983

<sup>9</sup> Ley General de Salud publicada en el DOF de 7 de febrero de 1984

<sup>10</sup> Soberanes Fernández, José Luis. *La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. Ed. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 2000 pp. 175-179

En este artículo el autor hace referencia a los términos derecho a la salud y derecho a la protección de la salud, en el sentido de que sólo el segundo término que es tal cual esta en nuestra Constitución, el cual si puede ser dotado de un contenido concreto que corresponda a prestaciones con cargo al Estado, en tanto el primero difícilmente puede ser dotado de tal contenido y por ello inexigible.



decir, de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en el programa de acción conocido como *Salud para todos en el año 2000*.

La elevación a rango constitucional de la protección social de la salud, no implica, que en épocas anteriores a los 80's no existieran acciones por parte del Estado mexicano en materia de salud o salubridad general, ya que las políticas públicas en materia de salud tienen su antecedente en el porfiriato,<sup>11</sup> entre 1876-1911, cuando el gobierno federal centralizó las funciones en esta materia a través del Consejo Superior de Salud dependiente del Ministerio del Interior, e implementó algunas políticas y programas dirigidos a las zonas urbanas del país.

Fue en la época de Lázaro Cárdenas, cuando se sentaron las bases institucionales del actual sistema de salud, en el que descansa este derecho social, pues en dicho período de gobierno se iniciaron los primeros anteproyectos de la Ley del Seguro Social, se creó la Secretaría de la Asistencia Pública y los servicios médicos rurales cooperativos. La creación de instituciones del sistema de salud iniciada por Cárdenas,<sup>12</sup> continuó en administraciones posteriores; durante la presidencia de Ávila Camacho, en 1943 se fundó la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En octubre de 1972 durante su gobierno, Luís Echeverría presentó el *Plan de Salud para el país* y originó la Primera Convención Nacional de Salud.<sup>13</sup> Con ella se establecieron principios, propósitos y objetivos para ser alcanzados en el próximo decenio en materia de salud pública. Cabe destacar que en 1978 durante el sexenio de López Portillo, se creó el INSEN actualmente INAPAM.

En la década de los 80's, se elevó a rango constitucional la protección social de la salud y la concurrencia de las entidades federativas en materia de salubridad general y de la prestación de servicios de salud. A partir de esta reforma, se integran en el

---

<sup>11</sup> John, Eric, Stuart, Paul H. *Encyclopedia of Social Welfare History in North America*. Sage. Estados Unidos, 2005, pp 184-185

<sup>12</sup> Wilkie, James W. *La Revolución Mexicana 1910-1976: Gasto Federal y Cambio Social*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1987. pp. 198-199. Es un importante estudio que muestra el porcentaje de gastos en salud por los diversos gobiernos post revolucionarios desde 1917 hasta 1963, del que se advierte que el período en el que se dio mayor importancia a la salud fueron los gobiernos de Cárdenas, Ávila Camacho y parte del gobierno de Miguel Alemán.

<sup>13</sup> *Ibidem* p. 210.

Sistema Nacional de Salud, las diversas instituciones de seguridad social y dependencias u organismos estatales en esta materia.

En la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4º Constitucional,<sup>14</sup> el Estado asume que el derecho a la protección de la salud es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad y establece el impulso de la investigación científica y tecnológica, así como de la enseñanza para la salud. Esta ley define como servicios de salud,<sup>15</sup> *todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.* Además, clasifica los servicios de salud en tres tipos: atención médica, salud pública y asistencia social. El primero lo define como el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud; el tercero como el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Sin embargo, del segundo tipo, es decir, la salud pública, no encontramos una definición de la misma, pero podemos interpretarla como el conjunto de acciones y servicios en beneficio de la sociedad en general, dirigidas a proteger y promover la salud de la colectividad. También podemos decir que la salud pública comprende dos grandes campos: actividades de control y de vigilancia epidemiológica, y de control y fomento sanitario.

En el período sexenal 2000-2006, la Secretaría de Salud creó en el 2002, un programa piloto denominado *Seguro Popular* dirigido a la población no derechohabiente de la seguridad social.<sup>16</sup> Este programa se formalizó legalmente, en virtud de las reformas a la Ley General de Salud en agosto de 2003,<sup>17</sup> mediante la cual se creó el Sistema de Protección Social en Salud. En los términos del Título Tercero Bis, de la Ley General de Salud vigente, relativo al Sistema de Protección

---

<sup>14</sup> Ley General de Salud publicada en el DOF de 7 de febrero de 1984

<sup>15</sup> Ibidem artículos 23, 24, 32 y 176

<sup>16</sup> Secretaría de Salud, Sistema de Protección Social en Salud, Estrategia de Evaluación 2006, México. 2006. p.7

<sup>17</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 15 de mayo de 2003.

Social en Salud, la protección social en salud, es un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención.

El objetivo de la reforma,<sup>18</sup> en el que se incluyó el *seguro popular* como instrumento de seguridad social, fue promover el acceso universal a la protección social en salud. La reforma se sustentó en esfuerzos previos para fortalecer la función de rectoría del sistema de salud y de las políticas dirigidas a mejorar la coordinación entre las instituciones públicas. Los esquemas financieros implican corresponsabilidad del gobierno federal y de los gobiernos de las entidades federativas, así como aportaciones de usuarios, mediante la cuota anual de las familias aseguradas en función de su nivel ingreso; se dirige a la población vulnerable, en riesgo o desprotegida. La población o personas objetivo es aquella que no tiene acceso a la seguridad social; la afiliación al seguro popular pretende garantizar el acceso a beneficios explícitos incluidos en el paquete de intervenciones esenciales de atención médica, administradas y otorgadas en el nivel estatal y a un paquete de intervenciones de alta complejidad a través de un fondo de protección contra gastos catastróficos de salud, administrado sólo en el nivel federal.

De acuerdo con información y datos del CONAPO,<sup>19</sup> el seguro popular está disponible en las 32 entidades federativas del país y a 2006, cerca de cinco millones de familias están afiliadas a este nuevo esquema de seguridad social, con lo cual se

---

<sup>18</sup> González Pier, Eduardo, Et Al. *Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el sistema de protección social en salud de México*. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2007, pp. 37-52. Véase: <http://redalyc.uaemex.mx>. Consulta marzo de 2010.

<sup>19</sup> CONAPO, *Informe de Ejecución 2005-2006 del Programa Nacional de Población 2001-2006*. Véase: [www.secretariadesalud.conapo.org.mx](http://www.secretariadesalud.conapo.org.mx). Consulta marzo de 2010.

ha avanzado en el objetivo de garantizar a la población mexicana el derecho constitucional de la protección social en salud, toda vez que el seguro popular de salud se convierte en el instrumento para financiar la atención de la población que carece de una relación laboral y por lo tanto, no ha podido acceder a las instituciones de seguridad social en el nivel contributivo. Por ello se denomina al seguro popular de salud como el tercer pilar en materia de seguridad social. Así mismo el CONAPO proyectó que la meta en este seguro, es para el 2010, haber afiliado una población superior a 57 millones de personas que carecían de seguridad social al inicio de esta década.

En cuanto al Sistema de Protección Social en Salud y del seguro popular de salud, sus antecedentes, fines, objetivos, cobertura y evolución de dicho sistema, que para los efectos de este trabajo hemos denominado como tercer subsistema de protección social en salud, haremos referencia en términos generales y específicos, en el capítulo II de esta segunda parte, en el que nos enfocaremos a la protección social de la salud de las personas viejas y vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada.

En los términos anteriores, no encontramos en las disposiciones constitucionales expresadas, un concepto o aproximación de la vejez. Este vacío o ausencia del concepto de vejez y la existencia de factores normativos e institucionales heterogéneos y desarticulados, inciden en la insuficiencia de la protección social de la vejez, porque se limita a la personas comprendidas y sujetas al nivel contributivo; es decir, en atención a un vínculo laboral y a su aportación económica en los sectores privado y público, que denominamos primero y segundo subsistemas de protección social de la seguridad social en el nivel contributivo y de los que derivan prestaciones en especie como el derecho de la salud y prestaciones en dinero como la pensión. También analizaremos y describiremos los modelos que llamamos desarticulados, de manera específica: los trabajadores del IMSS, trabajadores de PEMEX y trabajadores de CFE, los dos últimos surgieron con anterioridad a las leyes en materia de seguridad social.

Por lo tanto, en relación con estos subsistemas, a continuación abordaremos las leyes federales en esta materia, que son reglamentarias del Artículo 123°

Constitucional, Apartado A, y que son las leyes del seguro social; Fracción XXIX y Apartado B, Fracciones XI y XIII referentes a las leyes de seguridad social para los trabajadores al servicio del Estado, inclusive las leyes de seguridad social de las fuerzas armadas. El origen, evolución y contexto de las reformas jurídicas a dichas leyes federales, que estimamos relevantes para nuestro objeto de estudio, por su relación con la protección social en general y de la vejez en forma específica, en este ámbito.

Queremos agregar que en el análisis de esta reglamentación federal nos concretaremos a los aspectos legislativos de las reformas, sus contenidos y alcances en cuanto a la protección social de la vejez, por lo tanto sólo de manera referencial aludiremos a los institutos regulados mediante dicha legislación, de manera especial en cuanto a la existencia de la capacidad instalada en infraestructura hospitalaria y médica, y como partes integrantes del Sistema Nacional de Salud. Por ello omitiremos datos o disposiciones legales relacionadas con las estructuras internas orgánicas o normativas de dichos institutos.

### *C. Leyes reglamentarias del primer y segundo subsistema de seguridad social en el nivel contributivo*

#### 1. Ley Reglamentaria de la Fracción XXIX, Apartado A, del Artículo 123º Constitucional.

##### a. Ley del Seguro Social de 1943

En 1929, bajo el gobierno de Emilio Portes Gil,<sup>20</sup> se reformó el artículo 123º Constitucional, para establecer la facultad exclusiva del Congreso de la Unión para legislar en materia de trabajo y de seguridad social.<sup>21</sup> A través de esta reforma, se modificó la Fracción XXIX de dicho artículo para quedar en los siguientes términos:

---

<sup>20</sup> Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*. Ed. Harla, México, 1987, p. 90.

<sup>21</sup> *Ibidem*. p.82. Recordemos que desde antes de promulgación de la Constitución de 1917 y hasta 1929, los congresos locales contaban con facultades y competencia para legislar en materia laboral. Ejemplo de ello fueron: la legislación sobre accidentes de trabajo promulgada en Nuevo León, por Bernardo Reyes en 1906; en Yucatán en 1915, la Ley del Trabajo a iniciativa del general Salvador Alvarado, gobernador del Estado, ley que por primera vez estableció el seguro social en nuestro país, pues en su artículo 135 establecía que: *el gobierno fomentaría asociaciones mutualistas en las que los trabajadores fueran asegurados contra los riesgos de vejez y muerte*.

*Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá los seguros de invalidez, de vejez, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos.*

Desde el punto de vista de Néstor de Buen,<sup>22</sup> esta modificación constitucional se anticipó a la expedición de los planes Beveridge, al vincular al Estado con la responsabilidad de dictar leyes de previsión, que asumirían la forma del seguro social con la expedición de esta primera ley en 1943.

Sin embargo, hubieron de transcurrir doce años entre la promulgación de la Constitución de 1917 y esta reforma constitucional en 1929; y otros trece años entre ésta y la expedición de la primera Ley del Seguro Social en 1943.<sup>23</sup> En este período se elaboraron diversos anteproyectos de Ley del Seguro Social, entre ellos, en 1934, el entonces presidente de la República Abelardo L. Rodríguez determinó la integración de una Comisión encargada de elaborar un anteproyecto, de la cual formó parte el ilustre maestro Mario de la Cueva, el cual no llegó a concretarse.

El general Lázaro Cárdenas del Río, como presidente instruyó a uno de sus más destacados colaboradores, el licenciado Ignacio García Téllez, para que con base a estudios previamente realizados por diversas Secretarías y Departamentos de Estado, se integrara una nueva Comisión que estudiara la expedición de la Ley del Seguro Social. García Téllez,<sup>24</sup> integró un grupo multidisciplinario de profesionistas y para aprovechar la experiencia extranjera se consultó a especialistas de las Cajas de Seguridad Social de los Países Bajos y a expertos en actuaría social y se elaboró un Anteproyecto de la Ley del Seguro Social, que no llegó a expedirse, por el suceso trascendente de la expropiación petrolera.

En un interesante, arduo y completo estudio con un enfoque neoinstitucional histórico sobre los orígenes del seguro social en México,<sup>25</sup> destacamos que durante el gobierno de Manuel Ávila Camacho, la aprobación del Seguro Social recorrió tres etapas: la primera en la que se denotó indiferencia al proceso de elaboración de la

---

<sup>22</sup> De Buen L., Néstor. *Seguridad Social*. 2ª, Porrúa, México, 1969, pp. 256-257

<sup>23</sup> Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Nuevo Derecho de la Seguridad Social*. 5ª, Porrúa, México, 2001, p.96. De manera que, para que nuestro país contara con una Ley del Seguro Social, hubieron de transcurrir más de 25 años, contados desde la promulgación de la Constitución de 1917.

<sup>24</sup> Ibidem p. 97

<sup>25</sup> Farfán Mendoza, Guillermo. *Los orígenes del seguro social en México: un enfoque neoinstitucional histórico*. UNAM, México, 2009, pp.144-146

ley; la segunda, cuando se llevó el proyecto a las Cámaras y cierto interés en él mismo y la tercera, ante una resistencia y rechazo a la puesta en funcionamiento del IMSS, por parte de obreros y empresarios.

Lo anterior, no obstante que la OIT elogió la iniciativa de ley y sus componentes; inclusive en 1942 se presentó el proyecto de ley en la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social en Santiago de Chile, en la que se apoyó en forma unánime dicho proyecto, que definía al seguro social como un instrumento para prevenir la pérdida del salario por las diversas causas y por ello comprendía diversas clases de riesgos: enfermedades y accidentes de trabajo, enfermedades generales, maternidad, invalidez, vejez, muerte y cesantía en edad avanzada; se preveía además un sistema que operara gradualmente en aquellas áreas de mayor densidad de población,<sup>26</sup> e industrialización y donde hubiera mejores condiciones para su financiamiento. También se ordenó la creación del IMSS conformado en forma tripartita por gobierno, trabajadores, patrones y los órganos de gobierno de dicho instituto.

En diciembre de 1942, Ávila Camacho firmó la iniciativa y se envió a las Cámaras para el proceso de discusión y aprobación. El 31 de diciembre de 1942, el presidente expidió formalmente la Ley del Seguro Social, y fue publicado el acuerdo en el DOF el 19 de enero de 1943, como reglamentaria de la Fracción XXIX, del artículo 123º Constitucional.

En relación con la exposición de motivos de esta ley y su contenido, debemos precisar, que la misma sólo comprendía el régimen de seguro obligatorio, las ramas: riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad e invalidez, vejez, cesantía y muerte. La protección de seguro sólo beneficiaba o protegía a los asegurados, es decir, a los trabajadores afiliados; mientras que el esquema de financiamiento era tripartito con aportaciones a cargo del gobierno federal, patrones y trabajadores; la rama de riesgo de trabajo se financiaba sólo con aportación del patrón. En el modelo pensionario, éste se basó en la figura del reparto solidario o fondo común.

---

<sup>26</sup> Ibidem, p. 150. Pues el Seguro Social inició sus labores proporcionando servicios médicos a los trabajadores del Distrito Federal el 1 de enero de 1944, en Puebla en febrero de 1945 y en Monterrey en julio de 1945.

Para el maestro Briceño Ruiz,<sup>27</sup> entre los objetivos de esta ley se contenían: la protección al salario, la teoría objetiva del riesgo, el interés social y público, la aplicación limitada sólo a asegurados, el servicio público y el carácter obligatorio; además la protección impartida por el seguro social, entrañaba una función de interés público; es decir, el seguro social no consideraba el riesgo particular de cada persona que se asegura, sino que atiende a las condiciones económicas de la colectividad y respecto a la aplicación limitada, se sostuvo que el régimen del seguro social no debía aplicarse de modo general o indeterminado a todos los individuos de la sociedad, sólo a las personas que trabajan o tienen un vínculo laboral y por ello la percepción de un salario o sueldo.

El carácter obligatorio se refiere al aseguramiento y al pago de cuotas. Briceño, concluye que esta ley, en forma atinada, utilizó la expresión del término seguro social y eludió el término *seguridad*; ello ante la imposibilidad de una aplicación general o indeterminada, pues se concretó sólo a los trabajadores asegurados y no hacía extensivos los beneficios a sus familias.

No obstante que el período de 1929 a 1943, no lo contemplamos en el que hemos delimitado para nuestro trabajo de investigación, de los anteriores antecedentes históricos y legales de esta ley advertimos que comprendía un solo régimen el obligatorio; la rama del seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte, entre otras; protegía sólo al trabajador asegurado, es decir, sólo beneficiaba aquellas personas que por contar con la posibilidad de obtener ingresos derivados de su relación laboral, podían generar las contraprestaciones y cuyo financiamiento era tripartito.

No obstante, que no encontramos un concepto del término vejez, la referencia la consideramos importante por el seguro IVCM, que comprendía el seguro de vejez, como antecedente de protección de la vejez en el nivel contributivo y desde entonces, como hasta la fecha, se consideraba la edad de 65 años, como requisito para acceder a las prestaciones en dinero, en concreto las pensiones derivadas de dicho seguro, así como un mínimo de 500 semanas de cotización, equivalente a diez

---

<sup>27</sup> Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*. Ed. Harla. México. 1987. pp. 92-93.



años de antigüedad laboral. Asimismo, por la creación del IMSS y para destacar las diferencias de contenido y protección legal, con la segunda Ley del Seguro Social de 1973, que enseguida analizamos y que derogó la ley que hemos comentado.

#### b. Ley del Seguro Social de 1973

Al margen de otras reformas a la Ley del Seguro Social de 1943,<sup>28</sup> promovidas en diciembre de 1947 y 1949 por el presidente Miguel Alemán; en 1956 por Ruiz Cortines; en 1959 por López Mateos y en 1965 por Díaz Ordaz, que hicieron referencia a la ampliación de cobertura de protección hacia la población, disminución de condiciones para el otorgamiento de prestaciones y adecuación de grupos de cotización; que nutrieron la experiencia de la institución social, no constituyen objeto de estudio de esta investigación, porque persistió el seguro de vejez en la rama de IVCM, con los mismos requisitos de edad y tiempo de cotización.

La Ley del Seguro Social del 1º de abril de 1973,<sup>29</sup> en el artículo segundo transitorio abrogó la anterior ley, es decir la de 1943 y en el tercero transitorio, se señaló que continuarían vigentes las disposiciones reglamentarias que no se opusieran a lo dispuesto en esta segunda ley.

Es importante por el alcance social y jurídico que implica la seguridad social y en ella el derecho de la salud y el derecho a prestaciones en dinero como las pensiones,<sup>30</sup> transcribir el artículo 2º de esta ley, cuyo contenido literal se conserva en la nueva ley vigente.

*Artículo 2º. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.*

---

<sup>28</sup> Briceño Ruiz, Alberto. Ob.cit. p.96

<sup>29</sup> Ramírez Fonseca, Francisco. *Ley del Seguro Social*, Comentada. 8ª, Ed. Pac, México, 1994. Esta ley promulgada durante el sexenio del presidente Luís Echeverría, entró en vigor en todo el país el 1º de abril de 1973.

<sup>30</sup> Recordemos que el derecho a la protección de la salud, como derecho constitucional se establece a partir de 1983, es decir, casi diez años después de esta segunda ley que comentamos

En relación con la rama IVCM, nos parece interesante la crítica que realizó el maestro Briceño Ruiz,<sup>31</sup> al señalar que las consecuencias de un accidente o enfermedad ajenas al trabajo; y por otra parte, la edad y tiempo de aseguramiento, son situaciones que, por su propia naturaleza, implican tratos diferentes, sugiriendo que en una sola rama se debió comprender enfermedad, invalidez y muerte y en otra rama distinta, la cesantía en edad avanzada y vejez. Para la cesantía los requisitos que debían cubrirse, se refieren a los tiempos de cotización de 150 semanas como mínimo y la edad de 60 años y para la vejez, 500 semanas de cotización como mínimo y la edad de 65 años.

Además el maestro Briceño, afirmó acertadamente, que esta ley no estableció un concepto de vejez, desde su punto de vista, porque los signos que implica varían según las condiciones de la persona y puede estimarse que es la edad en la que las facultades físicas o mentales van disminuyendo; o para otros, por el color del pelo, el endurecimiento de arterias o dificultad de movimiento, máxime si ello acarrea imposibilidad para realizar un trabajo. Sostuvo que lo correcto sería hablar de edad y tiempo de servicios, como elementos objetivos, sin prejuizar sobre la condición del asegurado.

Para que se expidiera esta ley,<sup>32</sup> el entonces presidente Luís Echeverría comisionó a Ricardo García Saíenz, hijo de don Ignacio García Téllez, a Antonio Ortega Medina y Armando Herreras Tellería, así como a especialistas y funcionarios de la institución, entre los que se destacan Eduardo López Faudoa, Alfonso Murillo Guerrero, Héctor Doportó Ramírez, Gustavo García Guerrero y Benjamín Flores Barroeta, para que analizaran el proyecto, mismo que fue revisado por el Consejo Técnico del IMSS y discutido por los sectores patronal, obrero y estatal; inclusive comentado y analizado por la OIT y por la CISS.

El titular del Ejecutivo Federal envió la iniciativa de Ley al Congreso de la Unión y después de su discusión y aprobación, se expidió el Decreto de la Ley del Seguro Social publicado en el DOF el 12 de marzo de 1973, que regiría en todo el

---

<sup>31</sup> Briceño Ruiz, Alberto. Ob.cit, pp. 187 y 188. Esta sugerencia del maestro viene a colación porque la Nueva Ley del Seguro Social de 1995, precisamente atiende a ella, pues en el artículo 11, separa los seguros de Invalidez y Vida por una parte y por la otra, los seguros de Retiro, CEA y vejez.

<sup>32</sup> Ruiz Moreno, Guillermo. Ob.cit, pp. 117-120.

país hasta el 30 de junio de 1997, y además continua en vigor en los términos de los artículos tercero y cuarto transitorios de la nueva ley de 1995, para todas aquellas personas que habiendo cumplido los requisitos de edad y tiempos de cotización, tienen la opción y posibilidad de sujetarse al régimen de esta ley de 1973, sólo en cuanto a su derecho a obtener una pensión, derivada del seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte, por haber cotizado al IMSS con anterioridad al 1º de julio de 1997. Los trabajadores asegurados al IMSS, con posterioridad a ésta última fecha, quedarán sujetos al régimen del seguro obligatorio, en el seguro de retiro, cesantía y vejez, previsto en la nueva ley del seguro social de 1995.

Para el doctor Ruiz Moreno,<sup>33</sup> lo que llamó la atención de esta segunda ley, además de la creación del seguro de guarderías, fue la novedosa inserción de las *prestaciones sociales*, por su ampliación de cobertura de protección no sólo al trabajador asegurado, también a sus beneficiarios y a otros grupos sociales; de manera que dicha ley contemplaba ya un esquema integral de protección: un sistema de salud, un sistema de pensiones y un sistema de prestaciones sociales.

Expedida esta segunda ley del seguro social, fue necesario, en aras de alcanzar el principio de universalidad del derecho de la salud, modificar o reformar la Fracción XXIX, del Apartado A, del Artículo 123º Constitucional, lo que se llevó a cabo en diciembre de 1974,<sup>34</sup> para establecer la extensión de la protección social a personas distintas de los trabajadores y sus beneficiarios o derechohabientes; dicha fracción, vigente aún, quedó de la siguiente manera:

*Artículo 123, Apartado A... Fracción XXIX. Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá los seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.*

Así en 1973, de manera previa a la reforma constitucional antes citada, y la reforma que elevó a rango constitucional el derecho de la salud, surgió la segunda Ley del Seguro Social, para nosotros importante, porque además de incluir los

---

<sup>33</sup> Idem.

<sup>34</sup> Reforma publicada en el DOF de 27 de diciembre de 1974 y entró en vigor el 1º de enero de 1975.

instrumentos contenidos en la ley anterior de 1943, pues el seguro de vejez no tuvo ninguna variación; amplió los beneficios del derecho de la salud, en especial de la atención médica, a aquellos sectores o grupos de personas, que por estar ajenos a una relación subordinada o laboral o actividad económica, resultaban ser los más necesitados de asistencia médica. Inclusive, como dijimos, se adicionó el régimen voluntario y el capítulo de las *prestaciones sociales*, surgido de la necesidad de brindar un mínimo de protección en salud, a determinados grupos sociales que no podían acceder al sistema de aseguramiento existente.

Se afirma que con esta ley, nuestro sistema jurídico dio un gran salto, al pasar de un sistema de seguro social a un sistema de seguridad social en su sentido amplio; ya que no sólo se protege a la clase trabajadora y sus familias, también se amplía la protección a otros sectores o grupos de la población,<sup>35</sup> sin capacidad de pago, básicamente de los sectores rural e indígena. Es éste uno de los motivos por los cuales, al delimitar el período de estudio de nuestra investigación, lo hicimos a partir de 1970. Consideramos conveniente representar gráficamente las reformas sustanciales adicionadas en la ley de 1973, y compararlas con las de la Ley del Seguro Social de 1943, que son apreciables en los contenidos de la tabla 1 siguiente:

---

<sup>35</sup> Con la ampliación de cobertura en la protección y prestación de servicios esencialmente en materia de salud, atención médica, salud pública y asistencia social a población distinta a la que tiene una relación laboral, se confirmó que la seguridad social tiene un campo de aplicación mayor al que se le atribuía, y por lo tanto, el seguro social se constituyó como un instrumento para la realización de la seguridad social, pues ésta más que proteger de manera aislada al hombre que trabaja, debe otorgar protección a todos los integrantes del género humano. Es a partir de esta ley, que se dice que la seguridad social basada en un modelo bismarckiano conjuga también el modelo beveridgiano de protección social, por ello nosotros hablamos de un sistema dual o mixto de protección social.

Tabla 1.<sup>36</sup>

LSS 1943

LSS 1973

REG. SEGURO OBLIGATORIO	REG. SEGURO OBLIGATORIO <i>REG. SEGURO VOLUNTARIO.</i> <i>NO ASALARIADOS, CAMPESINOS, PATRONES,</i> <i>PERSONAS FÍSICAS Y TRABAJADORAS</i> <i>DOMESTICAS</i>
	Continuación voluntaria en el régimen obligatorio (facultativo), incorporación voluntaria al régimen obligatorio seguros adicionales (convenios)
RAMAS: riesgos de trabajo enfermedades y maternidad	RAMAS: riesgos de trabajo (sólo cotiza el patrón), enfermedades y maternidad, IVCM., guarderías, ayuda asistencial, asignaciones familiares, gastos de matrimonio. Prestaciones sociales (seguros sociales): comprende prestaciones sociales y servicios de solidaridad, como promoción de la salud, educación, mejoramiento de alimentación y vivienda; actividades culturales y deportivas, centros vacacionales, familiares, velatorios y demás, útiles para elevar el nivel de vida individual y colectivo
IVCM	IVCM Seguro de vejez: edad mínima 65 años y 500 semanas de cotización. CEA más de 60 años y 500 semanas de cotización
Régimen financiero, Cotización tripartita	Régimen financiero, Cotización tripartita
Modelo solidario de reparto o fondo común, con pensiones predefinidas en la ley	Modelo solidario de reparto o fondo común, con pensiones predefinidas en la ley (solidaridad intergeneracional)
Beneficiarios: solo Asegurados	Derechohabientes: asegurados, beneficiarios y pensionados, solidario habientes: sujetos al servicio de solidaridad social
	Capitales constitutivos
	Prestaciones en especie: servicio médico, hospitalario quirúrgico y farmacéutico, Prestaciones en dinero, subsidios y pensiones

<sup>36</sup> Elaboración propia del análisis comparativo de la Ley del Seguro Social de 1943 y la de 1973

Como podemos apreciar en la tabla 1 anterior, las diferencias entre ambas leyes son sustanciales, en especial por la adición de un régimen voluntario, con las figuras citadas, así como por las prestaciones sociales y los servicios de solidaridad. Es con la creación de estas figuras como seguros sociales, donde se transita del seguro social hacia la seguridad social en su amplia concepción, por su inclusión no sólo del sector laboral, también de otros sectores de la población, como los campesinos e indígenas, en aras de la ampliación de cobertura en la protección social y del principio de universalidad de la seguridad social.

Con esta segunda Ley del Seguro Social, podemos decir que la seguridad social se expande y por ende, amplía la cobertura de protección hacia la población sujeta a la misma; es decir, no sólo al trabajador asegurado, también su familia o beneficiarios, y además comprende no sólo trabajadores regulados por Apartado A, también se extiende a trabajadores regulados por el Apartado B, del 123º Constitucional, en virtud del régimen voluntario y sus dos figuras, como asegurados y sus beneficiarios o derechohabientes; y lo mas importante, la seguridad social en relación con la protección social del derecho de la salud se amplió a otras personas integrantes de clases y grupos sociales, con base en el principio de universalidad de protección social.

#### c. Ley del Seguro Social 1995-1997

Mediante decreto del Congreso de la Unión, publicado en el DOF de 31 diciembre de 1995, se expidió la nueva Ley del Seguro Social vigente.

En lo que nos interesa, analizaremos algunos de los motivos que provocaron esta reforma en materia de seguridad social, porque entre ellos se adujo el envejecimiento de la población, por las consecuencias de la transición epidemiológica; es decir, la prevalencia de enfermedades propias de la vejez, que se relacionan con el derecho de la salud y su atención médica, en especial, de aquellas personas con la posibilidad de pensionarse. Por lo tanto, reformas vinculadas con la protección de la vejez, en este primer subsistema de protección social.

En el artículo primero transitorio, se precisó que dicha ley entraría en vigor a partir del primero de enero de 1997. Sin embargo, en noviembre de 1996, en virtud

de que no se habían concluido las condiciones del nuevo modelo pensionario, homologación de legislaciones entre ésta y la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro y la Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el citado decreto fue reformado y su entrada en vigor se difirió por seis meses más e inició su vigencia el primero de julio de 1997.

Esta ley derogó la anterior de 1973; sin embargo, en los artículos tercero y decimoprimer transitorio en materia de pensiones, se establece el respeto a los derechos derivados del modelo pensionario generados con anterioridad a su entrada en vigor; es decir, anteriores al primero de julio de 1997, que se les llama *pensiones en tránsito o en curso*; así como elegir el régimen bajo el cual se harán acreedores a la pensión respectiva, en atención a los mejores beneficios, es decir se podrá elegir una pensión bajo el régimen previsto en la ley de 1973 o bien integrarse al nuevo esquema pensionario contenido en la Ley del Seguro Social vigente; lo anterior en los términos de los artículos transitorios antes citados de la ley vigente.<sup>37</sup> Lo anterior implica que en este primer subsistema, en relación con el modelo pensionario, están vigentes la ley de 1973 y la nueva ley de 1995.

Estimamos oportuno referirnos a algunos aspectos políticos, financieros y jurídicos que se adujeron como justificación en el nacimiento de esta nueva ley.

La creación de ahorro para el retiro. El ahorro privado interno es una fuente de inversión y consecuentemente un motor de crecimiento económico que garantizaría, además de empleos formales, una fuente de bienestar social. La idea política consistió básicamente en fomentar el ahorro interno nacional como consecuencia de un incremento del ahorro privado; de esta manera, se dispondrían de recursos que redundarían en beneficio de los cotizantes tripartitos en la ley, especialmente de los trabajadores, al formarse un ahorro para su vejez, consistente en el 2 por ciento de aportación mensual sobre salario base, a cargo exclusivamente del patrón.

Con el desmantelamiento o crisis del modelo del *Estado de Bienestar* por una parte y por la otra con el antecedente de la nacionalización de la banca en nuestro

---

<sup>37</sup> Ley del Seguro Social publicada en el DOF de 21 de diciembre de 1995. Artículos tercero y cuarto transitorios.

país,<sup>38</sup> se realizó un giro dimensional en la política económica del gobierno, allí surgió la idea de creación del denominado *Ahorro para el Retiro*, con el objetivo de profundizar en los mercados de capitales y disponerse de más recursos e invertirse en instrumentos de liquidez cotizables en mercados de valores; así como la posibilidad de que la inversión productiva, a través del manejo privado de los recursos consiguiera mejores oportunidades a los inversionistas, inversión de proyectos, mayor número de empresarios e inversión de proyectos productivos de largo plazo como infraestructura, industrialización, generación de empleos y vivienda.

Todo lo anterior fue ponderado al crear el *Sistema Nacional de Ahorro para el Retiro*, también conocido como SAR, eje sobre el cual se planeó la privatización en la operación, funcionamiento y regulación del modelo pensionario basado en el principio de reparto o fondo común y sustituido por un modelo de capitalización individual. De esta manera, el derecho a obtener pensiones derivadas de la seguridad social en el nivel contributivo, transitó a una regulación por leyes de carácter mercantil, y en consecuencia dicha transición normativa, también le es aplicable a la protección de la vejez.

En febrero de 1992, en el sexenio salinista, mediante decreto presidencial, publicado en el DOF de 24 de febrero de 1992, se creó *la figura ahorro para el retiro*, como una prestación adicional en el modelo de pensiones, dicho decreto motivó la expedición de la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, publicada en el DOF el 22 de julio de 1994, que constituyó uno de los factores importantes que motivaron reformas en la Ley del Seguro Social y en el IMSS, para concluir con la nueva Ley del Seguro Social vigente.

Creación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. En el contexto jurídico, mediante decreto publicado en el DOF de 24 de febrero de 1992 se adicionó en esta

---

<sup>38</sup>. Idem. Expertos en la materia financiera sostienen que es incorrecta la utilización del término nacionalización de la banca, pues ya existían bancas nacionalizadas. Lo correcto es el término proceso de la expropiación de la banca, pues la expropiación se dirigió a la banca comercial. El decreto expropiatorio fue expedido en 1982, por el entonces presidente José López Portillo y que anunció en su último informe de gobierno.



nueva ley del seguro social, el capítulo V-Bis al título segundo, los artículos del 183-A al 183-S; es decir, el seguro del retiro. Su integración consistía sólo en aportaciones patronales depositadas en la cuenta individual del trabajador, abierta por el patrón en una institución bancaria, en la subcuenta de retiro, cuyo importe era el equivalente al 2 por ciento del salario base de cotización del trabajador, y el 5 por ciento de dicho salario en la subcuenta de vivienda, ésta última prestación, ya existente con anterioridad.

Para la política económica nacional, el SAR como instrumento jurídico y financiero tenía entre sus objetivos los siguientes: <sup>39</sup> incrementar el ahorro interno y las percepciones de los trabajadores, de manera que el patrón sostenía la carga de aportar el 2 por ciento del salario base mensual, para formar un ahorro disponible en el momento de retiro de la vida económicamente productiva; fortalecer y volver atractivas a las instituciones bancarias, mediante procesos de privatización con base en el principio de economía mixta, para ello se abrirían cuentas individuales para cada trabajador, lo que permitiría un volumen importante en la captación bancaria, pues en el proceso de apertura del SAR, se abrieron aproximadamente 10 millones de nuevas cuentas.

Coincidimos con el doctor Ruiz Moreno, <sup>40</sup> cuando señala que: *sobre el tema del SAR ni se ha dicho toda la verdad, ni todo lo que se ha dicho es verdad*, pues para la clase trabajadora fue satisfactorio que se obligase a los patrones a contribuir con un 2 por ciento adicional al salario, por ello políticamente se estimó como un beneficio o conquista laboral.

Es probable que el SAR pueda producir beneficios en el aspecto económico nacional e individual. Sin embargo, el complejo y excesivo entramado de su operación, funcionamiento y marco legal, provocaron algunos problemas. Entre ellos, la significativa inversión en personal y equipo por parte de las instituciones bancarias para atender a los millones de nueva cuenta habientes, porque las entidades financieras manejaban las aportaciones patronales solo durante tres días hábiles y el cuarto día los recursos monetarios que integraban las cuentas debían ser

---

<sup>39</sup> Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Nuevo Derecho de la Seguridad Social*. 5ª, Porrúa, México, 2001. p. 590

<sup>40</sup> Idem.

traspasados al Banco de México, para su inversión en instrumentos financieros gubernamentales.

Otro aspecto que influyó en el nacimiento de la nueva Ley del Seguro Social vigente, fue el argumento contenido en el documento *Diagnóstico Situacional del IMSS 1995*, en el que se expresaron las principales causas que provocaron el colapso financiero del instituto, entre ellas las siguientes: déficit de alrededor de mil millones de pesos en la rama del seguro de enfermedades y maternidad, seguro de salud, que era refinanciado por los ramos de guarderías y de riesgos; el otorgamiento desmedido de pensiones en el seguro de IVCM, en el que influyó el incremento en la esperanza de vida de la población; la ampliación de cobertura de los servicios médicos a personas o grupos de personas, mediante las prestaciones sociales; el control de algunas enfermedades emergentes y la creación e incorporación del seguro del retiro.

Asimismo, lo relacionado con la rama de guarderías, por la ampliación de cobertura de esta prestación; el sistema nacional de Tiendas del IMSS cuyos servicios se ofrecían a la población en general, con precios más económicos en los productos; los cuatro centros vacacionales del Instituto; los servicios funerarios que el IMSS proporcionaba, como una prestación social y la operación y financiamiento de la administración del personal del IMSS, porque el costo de su plantilla representaba el 46 por ciento de sus ingresos totales. Otro aspecto fue el cumplimiento y pago de las prerrogativas y concesiones de los trabajadores jubilados del IMSS, contenidas en el RJP que repercutían económicamente en el modelo de financiamiento, ante la carencia de reservas actuariales y financieras.

Otro aspecto relevante del documento que referimos, es el relacionado con la insuficiencia en el abasto de medicamentos, que originaba fuertes desequilibrios entre la demanda de los servicios, la existencia de los productos, y además la caducidad de los insumos. Consideramos que también hubo otros aspectos, que no se expresaron en el diagnóstico situacional, y que en la realidad social eran visibles entre ellos: inexistencia de controles adecuados para la función institucional, administrativa y operativa del Instituto; ausencia de unificación de criterios para ordenar el servicio público que se brinda en todo el país; la operación hormiga; la

inexistencia de valuaciones actuariales y constitución de fondos de reserva, diversificación de personas y regímenes entre contribuyentes y no contribuyentes del programa IMSS oportunidades; cuotas obrero patronales sin incrementos actualizados; diversificación en el otorgamiento de prestaciones en especie referentes a la atención médica y las prestaciones en especie entre ellas las pensiones, además de distracción de recursos públicos patrimonio de la institución para fines distintos del Instituto.

Los anteriores aspectos dieron pauta y propiciaron condiciones para conformar la llamada Comisión Nacional Tripartita para el Fortalecimiento y la Modernización de la *Seguridad Social* que elaboró el documento *Programa de Modernización del IMSS*, en el se plasmaron como objetivos globales los siguientes: el Instituto debía renovarse; ampliar su cobertura, a través de un nuevo seguro de salud para la familia,<sup>41</sup> bajo el principio de la universalidad del derecho de la salud, así como mejorar las prestaciones; debían reformarse a profundidad sus esquemas de financiamiento, mediante el establecimiento de reservas o fondos actuariales; en atención a la magnitud de los recursos financieros y los efectos de su regulación en el mercado laboral, éstos debían contribuir a incrementar fuentes de trabajo, promover generación de empleos y el crecimiento económico; ampliar la cobertura de la prestación de guarderías; disminuir la contratación de personal de confianza,<sup>42</sup> y todo ello, sin aumentar las cuotas obrero patronales.

Todos los aspectos anteriores llevaron a la conclusión de además de la reestructuración financiera, sin variar el tipo de cotización tripartito, proponer un nuevo esquema para el modelo de pensiones, sustituir el modelo de reparto o fondo común o de solidaridad intergeneracional, por un modelo de capitalización individual propiedad del trabajador, que se constituyó por el seguro de retiro, CEA y vejez.

---

<sup>41</sup> Este nuevo seguro de salud para la familia, existía con anterioridad desde la Ley de 1973, en el régimen voluntario, conocido como seguro facultativo e implicaba el pago de una cuota de recuperación por parte de los asegurados en lo individual o como familia. Llama la atención que no obstante la carencia de recursos económicos, por el equivalente en dinero a la cuota de un seguro facultativo que sólo protegía a la persona que lo contratara, sin incremento en dicha cuota, la atención médica se ampliaba a más de una persona; es decir, una familia que podía estar integrada por tres o cuatro personas.

<sup>42</sup> Véase: Exposición de motivos de reforma a la Ley del Seguro Social de 1995, contenidos en las sesiones del Congreso de la Unión de 7 y 9 de noviembre de 1995, publicadas en el DOF de 21 de diciembre de 1995.

Este seguro quedaría regulado en la nueva ley del seguro social y en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro; en el cual el Estado, garantizaría siempre una pensión mínima a través de la llamada *cuota social* que el Estado aporta, por conducto del gobierno federal y que se integra con recursos del erario.

La iniciativa para reformar la Ley del Seguro Social de 1973, que originó la nueva Ley del Seguro Social, se formuló por el Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, quien la envió al Congreso de la Unión el 10 de noviembre de 1995 y fue aprobada el 8 de diciembre del mismo año y entró en vigor a partir del 1º de julio de 1997.<sup>43</sup>

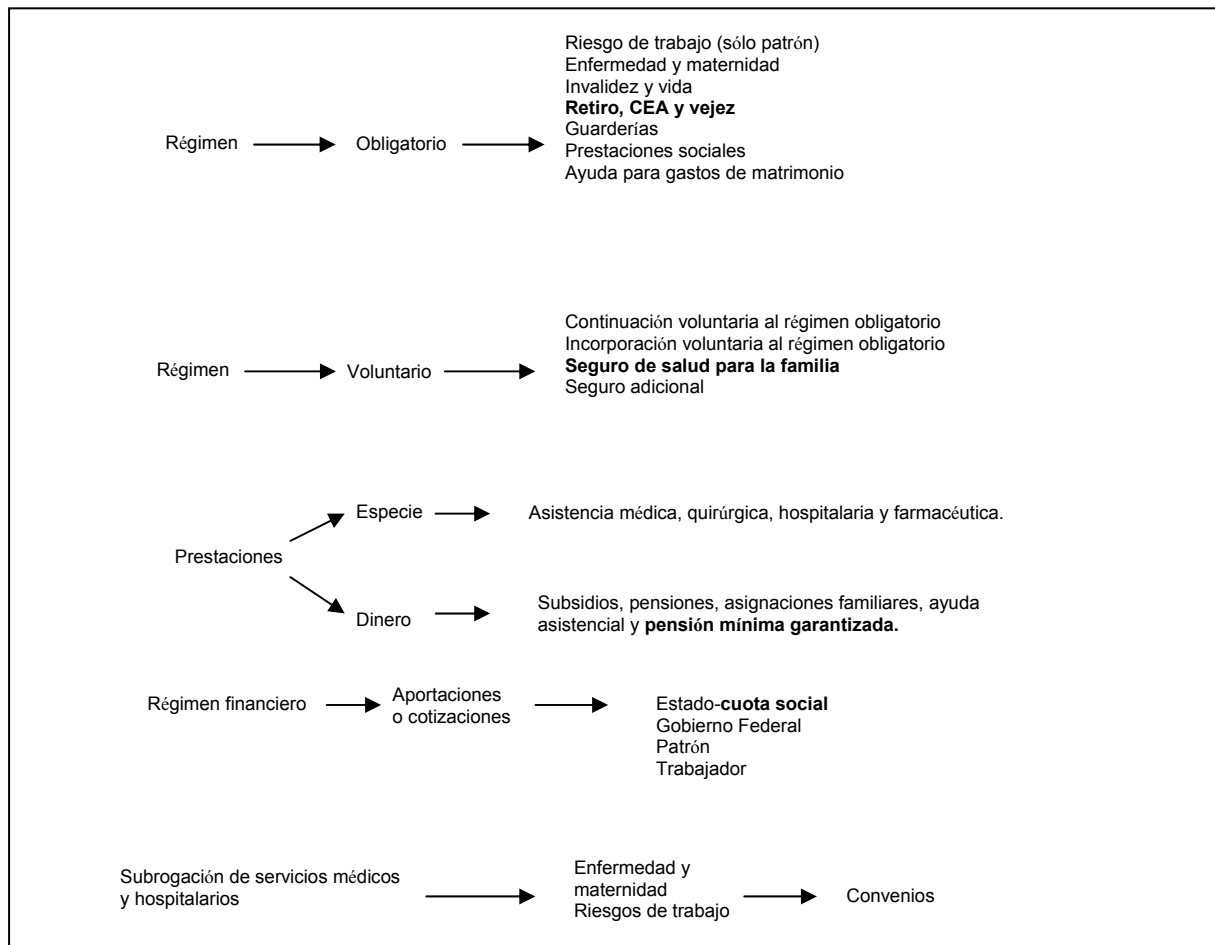
Nos interesa, a guisa de ilustración, representar los aspectos esenciales de la nueva Ley del Seguro Social y destacamos en negritas los rubros de reciente creación en dicha ley, lo que hacemos en la Tabla 2 siguiente: <sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Idem.

<sup>44</sup> Elaboración propia, fuente nueva Ley del Seguro Social vigente.

Tabla 2. Nueva Ley del Seguro Social 1995-1997



Como advertimos de la tabla 2 anterior, un punto toral en esta ley vigente, es lo que se denomina como nuevo *modelo de retiro y pensiones mexicano*, de capitalización individual con canalización privada, es la reestructurada rama del seguro de retiro, CEA y vejez del régimen obligatorio y la creación de la figura cuota social, vinculada a la pensión mínima garantizada; la ley anterior sólo comprendía el seguro de IVCM y no comprendía el seguro de retiro, ni la cuota social.

Este nuevo esquema del seguro de retiro, CEA y vejez en el régimen obligatorio y su reestructuración con la inclusión del *seguro del retiro*; también regulado en la Ley de los Sistemas para el Retiro vigente, como parte toral en la nueva ley del seguro social, lo esbozamos en los siguientes términos: Este seguro

consiste en el 2 por ciento del salario base mensual de cada trabajador, con cargo al patrón o empleador; implica la apertura de una cuenta individual, ésta se conforma por subcuentas: la de retiro en la que se deposita el importe equivalente al 2 por ciento del salario base de cotización de los trabajadores, subcuenta del fondo de vivienda equivalente al 5 por ciento sobre la misma base salarial, la subcuenta de aportaciones voluntarias y otra subcuenta de aportaciones complementarias; la cuenta individual y los recursos contenidas en ella, son operados por instituciones de crédito denominadas AFORE y SIEFORE; los recursos ahorrados en la cuenta individual se destinarán por el trabajador para obtener una pensión o renta vitalicia; los cuales también podrán destinarse a retiros programados entre el cuentahabiente o pensionado y la institución de crédito o aseguradora contratada.

La figura de la pensión mínima garantizada, se integrará con la cuota social aportada por el Estado a través del gobierno federal, se surtirá en aquellas supuestos en los cuales los recursos acumulados en la cuenta individual, no sean suficientes para obtener una pensión o renta vitalicia, previo el cumplimiento de requisitos de edad y tiempos de cotización del futuro pensionado. En relación con los requisitos de edad, se prevén para el retiro y vejez, 65 años y en tiempos de cotización, 1,250 semanas equivalente a 24 años de servicio o antigüedad laboral.

De esta manera, en lo que atañe al seguro de vejez, el requisito de la edad para acceder a las prestaciones en dinero no tuvo variación alguna, pues persisten la de 65 años, la reforma se tradujo sustancialmente en el incremento al mínimo de cotizaciones semanales, de 500 cotizaciones semanales que se preveían en la ley anterior de 1973, a 1250 cotizaciones semanales, es decir 24 años de cotización en la actual.

En el ramo de las prestaciones sociales se comprenden:<sup>45</sup> las sociales y las institucionales; dirigidas a la promoción y educación de la salud, educación higiénica, mejoramiento de la calidad de vida, impulso y desarrollo de actividades culturales, deportivas, recreativas y de cultura física, promoción de la regularización del estado civil, cursos de adiestramiento y capacitación, centros vacacionales y administración de establecimientos de velatorios; y las prestaciones de solidaridad social:

---

<sup>45</sup> Véase: artículos del 208 al 217 de la NLSS.

proporcionadas exclusivamente a núcleos de población de profunda marginación rural, urbana y suburbana y que el poder ejecutivo federal determine como sujetos de solidaridad social.

Las prestaciones de solidaridad social comprenden: acciones de salud comunitaria o salud a la comunidad o personas en general, asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria. Cuando en el país acontecieran situaciones de emergencia nacional, regional o local, en caso de siniestros o desastres naturales, en campañas de vacunación y en apoyo a programas de combate a la marginación y la pobreza, el IMSS, está obligado a atender a la población no derechohabiente, es decir, a las personas afectadas en tales supuestos.

El financiamiento de las prestaciones de solidaridad social, corre con cargo exclusivo a la Federación a través del gobierno federal y proviene de impuestos generales, se incluye en el presupuesto anual de egresos de la Federación; los grupos o personas beneficiarias de estas prestaciones, puedan realizar aportaciones en efectivo cuando puedan hacerlo o con la realización de trabajos personales en beneficio de la comunidad o lugar donde habiten.

En relación con las prestaciones sociales y de solidaridad social,<sup>46</sup> debemos destacar el programa institucional IMSS Oportunidades, que tiene su antecedente en 1973 cuando se expidió la segunda ley del seguro social y con ella se facultó al IMSS para extender servicios de salud a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación; así como con el derecho de la salud elevado a rango constitucional en 1983.

El programa IMSS Oportunidades, tuvo su antecedente en el programa IMSS COPLAMAR, que nació en la década de los 70's, cuya finalidad era extender los servicios de salud en todo el territorio nacional. Con posterioridad, en atención a políticas sexenales en materia de salud a población abierta, en 1989 se cambió su denominación por IMSS SOLIDARIDAD. El Consejo Técnico del IMSS,<sup>47</sup> el 10 de julio de 2002 aprobó el cambio de nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de Programa IMSS-Oportunidades, debido a que participa con la capacidad instalada

---

<sup>46</sup> Véase: <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/historia.htm>. Consulta enero de 2010

<sup>47</sup> Véase: Manual de Organización del programa IMSS oportunidades <http://www.imss.gob.mx/MANUALDEORGANIZACION1.pdf>. Consulta enero de 2010.

de infraestructura hospitalaria y médica, en la aplicación del componente salud de dicho programa, que beneficia en la actualidad,<sup>48</sup> aproximadamente a 10.2 millones de mexicanos que carecen de seguridad social, principalmente indígenas en zonas rurales y urbanas, marginadas en todo el país.

Cuando hablamos de la ley del seguro social vigente, la identificamos como la nueva ley del seguro social de 1995- 1997, pues fue publicada en el DOF el 21 de diciembre de dicho año y su vigencia inició el uno de julio de 1997. Algunos autores sostienen,<sup>49</sup> que se trata de una nueva ley del seguro social, porque la ley anterior de 1973 también se encuentra vigente por disposición de los artículos transitorios de la nueva ley. Una de las características primordiales de la nueva ley, es la relativa a la modificación o sustitución del modelo pensionario, el de reparto o fondo común por el de capitalización individual, que pudiera implicar la extinción del principio de solidaridad de la seguridad social y una retracción de la intervención del Estado en este ámbito. Ello, no obstante que el modelo de reparto o fondo común previsto en la ley de 1973, que permanece vigente, sólo para todos aquellos trabajadores asegurados antes de 1997, pues a partir de este año dicho modelo desaparece y es sustituido por un modelo de capitalización individual, cuya operación y funcionamiento queda a cargo de instituciones financieras privadas denominadas AFORES o SIEFORES.

Lo anterior pudiera implicar que la NLSS no contempla ya un sistema de protección dual o mixto, en relación con el modelo pensionario, pues quienes se aseguren o afilien al IMSS a partir de 1997, sólo podrán contar con el modelo de capitalización individual; y se sujeta la protección social en relación con el modelo pensionario, a la normatividad, operatividad y funcionamiento de las entidades financieras constituidas y reguladas por la Ley de los Sistemas del Ahorro para el Retiro; sin olvidar que en este nuevo modelo pensionario se prevé la pensión mínima garantizada a través de la cuota social, cuya aportación corresponde al Estado a través del gobierno federal, lo que desde nuestro punto de vista, hace pervivir de una manera mínima e insuficiente la protección social dual o mixta.

---

<sup>48</sup> Véase: <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/historia.htm>. Consulta enero de 2010.

<sup>49</sup> Kurczyn Villalobos, Patricia. *La nueva ley del seguro social.*, Anuario Jurídico, Nueva serie 1995, UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, pp. 85-123.



En relación con la frase que expresa que los mexicanos tenemos corta memoria o no tenemos memoria, consideramos importante insistir, que entre los aspectos que motivaron esta nueva ley del seguro y los cuales se refirieron en la exposición de motivos de dicha ley, se destacaron: en primer término la creación del seguro para el retiro, enfocando al ahorro privado interno como una fuente de inversión y un motor de crecimiento económico, de allí que su creación en 1992,<sup>50</sup> atendió a políticas financieras; en segundo término, también desde el punto de vista económico, la crisis financiera del IMSS, cuya viabilidad y funcionalidad estaba en riesgo en los términos del documento *diagnostico situacional del IMSS 1995* conocido también como *fortalezas y debilidades del IMSS*, presentado por el entonces director general del IMSS Genaro Borrego Estrada al presidente Zedillo Ponce de León, en el que se destacó: *que el Sistema De Seguridad Social no se privatizaría, no habría aumento a las aportaciones de trabajadores y empresas y se deberían conciliar las finanzas del instituto con la viabilidad de los distintos ramos de aseguramiento.*

En relación con nuestro tema de la vejez y su protección social, otro de los aspectos recurrido, fue el envejecimiento de la población, es decir la transición demográfica con la consecuente reversión de la pirámide poblacional y la transición epidemiológica, que implicaban una problemática de las personas mayores, en principio porque el costo económico para atender a jubilados y pensionados era o sería más caro, lo que provocaba para el IMSS una crisis financiera en el mantenimiento del seguro de cesantía y vejez; además, por el incremento o aumento de este grupo etéreo, que requerirá servicios de atención médica especializada y costosa.

En la exposición de motivos de esta ley, otro aspecto se refirió a las cargas económicas y de financiamiento que implica el cumplimiento y pago de las pensiones y de las prestaciones contractuales a los trabajadores del IMSS. En este aspecto y relacionado con la nueva ley del seguro social, como rasgos significativos de dicha ley, el instituto destacó:<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Publicado en el DOF el 24 de febrero, 30 de abril y 11 de mayo de 1992

<sup>51</sup> IMSS. *Instituto Mexicano del Seguro Social y la crisis financiera del esquema de jubilaciones y pensiones de sus trabajadores*. Ed. Buena Idea, México, 2004, pp. 42-44.

El IMSS seguirá efectuando el cobro de las cuotas de seguridad social, continuara operando los recursos de los ramos de aseguramiento: enfermedad y maternidad, invalidez y vida, riesgos de trabajo y guarderías y prestaciones sociales.

Para el manejo y operación de las cuotas correspondientes al seguro de retiro CEA y vejez se crea la cuenta individual por cada asegurado, donde deben ser enviados los recursos que serán sujetos de cobro de comisiones por parte de las AFORES conforme con las condiciones contratadas.

Previo cumplimiento de los requisitos legales y con el dictamen del IMSS el pago de las pensiones de retiro, CEA y vejez se efectuaran por aseguradoras; los asegurados deberán contratar la modalidad de pago de su pensión, mediante retiro programado o renta vitalicia y previo el pago de seguro de sobrevivencia.

Con las anteriores reformas contenidas en la ley vigente, podemos afirmar, que la seguridad social solidaria y redistributiva, como se concibió originalmente a concluido. El IMSS no tendrá ya la carga financiera de pagar las pensiones en un futuro, pues las pensiones en curso o en tránsito serán pagadas por el Estado.

La previsión de los riesgos presentes y futuros del trabajo, incluyendo la protección de vejez, en este primer subsistema de la seguridad social, se resolverán de manera particular y dependerán de manera esencial de los ingresos que como trabajador en activo obtengan, así como de la posibilidad de generar ahorro individual para un mejor futuro como trabajador, pensionado o jubilado; reformas legislativas que llevan implícitas una reducción importante si no total de la participación del Estado en el ámbito de la seguridad social y que por ende repercuten en una desprotección o insuficiente protección social de las personas viejas en este subsistema.

En el punto siguiente y como parte integrante del primer subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, abordaremos las leyes reglamentarias de la Fracción XI y XIII, del Apartado B, del artículo 123º Constitucional, referente a los trabajadores del sector público o trabajadores al servicio del Estado. Son las leyes de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

Para concluir con esta primera parte del primer subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo que enfocamos a la prestación en dinero, relacionado con el modelo pensionario y en términos generales a la prestación en especie referente a la protección del derecho de la salud; así como el impacto de las reformas legales a las leyes del seguro social en el comprendido, y la insuficiencia en la protección de las personas viejas, a continuación presentamos gráficamente en la Tabla 3 siguiente, las principales diferencias en las leyes del seguro social vigentes, esencialmente en cuanto al seguro de Retiro CEA y Vejez, por su vinculación con este subsistema de protección social en el nivel contributivo.

Tabla 3.<sup>52</sup>

LSS 1973	NLSS 1995
RÉGIMEN OBLIGATORIO	RÉGIMEN OBLIGATORIO
IVCM Vejez: 65 años y 500 semanas CEA: 60 años y 500 semanas	RETIRO, CEA Y VEJEZ Vejez: 65 años y 1250 semanas CEA: 60 años y 1250 semanas
PRESTACIONES: En especie: atención médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica. En dinero: Pensiones, asignaciones familiares y ayuda asistencial.	PRESTACIONES: En especie: Idem. En dinero: Pensiones, asignaciones familiares, ayuda asistencial. Además la Pensión mínima garantizada: es aquella que el Estado asegura a quienes reúnan los requisitos previstos en los artículos 154 y 162 (con cuota social 5.5% salario mínimo general por cada día de salario cotizado)
RÉGIMEN FINANCIERO: Tripartito: Gobierno federal: Patrón: Trabajador:	RÉGIMEN FINANCIERO: Tripartito: Gobierno federal: (además la cuota social: nuevo concepto). Patrón: ( además el 2% para Retiro) Trabajador: Integración de la cuenta individual para el seguro del retiro, 2 % mensual que sólo aporta el patrón, SAR (AFORE y SIEFORE) subcuenta CEA y vejez de conformación tripartita.

<sup>52</sup> Elaboración propia del análisis de las leyes del Seguro Social vigentes. En esta tabla sólo se especifican las aportaciones al seguro de retiro que son a cargo del patrón; en el ramo de CEA y Vejez el patrón aporta 3.150 por ciento y los trabajadores cubren el 1.125% del salario base de cotización, en este mismo ramo el Estado aporta el 7.143 por ciento del total de la cuota patronal. Artículo 168 de la NLSS.

## 2. *Ley Reglamentaria de la Fracción XI, del Apartado B, del artículo 123 Constitucional*

Por qué consideramos importante dentro de nuestro sistema jurídico de la protección social, hacer referencia a las leyes del ISSSTE. Primero, porque son parte integrante del primer subsistema de protección de la seguridad social, en el nivel contributivo, que vinculamos con la primera dimensión de la hipótesis planteada. Además, el ISSSTE es al igual que el IMSS uno de los institutos públicos importantes en el país, a través del cual, se cumple con los derechos de seguridad social para un sector de la población, los trabajadores al servicio del Estado, regulados por el Apartado B, del Artículo 123º Constitucional. En este último, se proporcionan servicios de atención médica, hospitalaria, quirúrgica y farmacéutica; inclusive cuenta con clínicas de atención especializada para las personas adultas mayores o personas viejas, entre ellos, el Hospital General Adolfo López Mateos en la ciudad de México.

En segundo término, porque la LSSSTE vigente, fue promulgada recientemente en el 2007 y las reformas a la misma como en el supuesto de la NLSS, atendieron también aspectos jurídicos, financieros o económicos, así como al fenómeno del envejecimiento de la población derechohabiente y como veremos mas adelante, se encuentran relacionados con la figura del *seguro de retiro*, incluida en el denominado *modelo pensionario de capitalización individual*. Por lo anterior a continuación nos referiremos a las diversas leyes del ISSSTE.

### a. Ley de la Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de 1959

En 1925, encontramos lo que se considera como un antecedente de la seguridad social en nuestro país: la creación de la Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro, hoy ISSSTE, que ofertaba a los trabajadores al servicio del Estado,

pensiones de retiro a la edad de 55 años y a los 35 años de servicio. A criterio del maestro Briceño Ruiz,<sup>53</sup> no cubría servicios de salud ni protección de salarios.

En la época del general Lázaro Cárdenas,<sup>54</sup> el 5 de noviembre de 1938, se expidió el primer Estatuto de los Trabajadores al Servicios de los Poderes de la Unión, reformado en abril de 1941, bajo el gobierno del general Manuel Ávila Camacho, y que sentaría las bases de un derecho burocrático. Mediante decreto promulgado el 21 de octubre de 1960, publicado en el DOF el 5 de diciembre del referido año, la Carta Fundamental es reformada en su artículo 123º, que sólo comprendía el Apartado A y se le adicionó el diverso Apartado B, que abrogó el Estatuto de los Trabajadores al Servicio de los Poderes de la Unión, con el título *Entre los Poderes de la Unión, el Gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores*, en cuya fracción XI, se estableció el derecho a la seguridad social de los trabajadores también conocidos como burócratas.

Con los anteriores antecedentes y antes de la expedición de la Ley Reglamentaria del Apartado B, del artículo 123º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 28 de diciembre de 1959, durante el sexenio presidencial de Adolfo López Mateos, se expidió la primera Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el DOF 30 de diciembre de 1959, que incorporó prestaciones de seguridad social como las contenidas en la primera ley del IMSS de 1943.<sup>55</sup> La Ley Reglamentaria del Apartado B, del artículo 123º Constitucional, fue publicada en el DOF el 28 y entró en vigor el 29 de diciembre de 1963, es decir cuatro años después de expedida la primera ley del ISSSTE.

El régimen inicial de seguridad social del ISSSTE en esta ley esencialmente contenía un régimen obligatorio,<sup>56</sup> con catorce prestaciones y dos seguros, para proporcionar a los trabajadores del Estado y por primera vez a sus familiares

---

<sup>53</sup> Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho Mexicano de los Seguros Sociales*. Harla, México, 1987, p.289

<sup>54</sup> Trueba Urbina, Alberto y Trueba Barrera, Jorge. *Legislación Federal de Derecho Burocrático, con comentarios, jurisprudencia y disposiciones complementarias*. 38ª, Ed. Porrúa, México, 1999, p.15-16.

<sup>55</sup> Inclusive las prestaciones sociales contenidas en esta primera ley del ISSSTE no sólo se igualaron a las disposiciones de la ley del seguro social de 1943 con algunas reformas, además la protección a la seguridad social de los trabajadores al servicio del Estado se hizo extensiva a sus familiares o dependientes a partir de 1960, lo que no sucedió de esta manera en la primera ley del IMSS de 1943.

<sup>56</sup> Yunes Linares, Miguel Ángel, Coord. *La reforma del ISSSTE: Un cambio necesario*. Ed. ISSSTE-OISS, México, 2009, pp. 84-93.

derechohabientes; servicios de salud, a través del seguro de enfermedades no profesionales y maternidad; seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; cinco seguros de carácter pensionario: jubilación, vejez, invalidez, fallecimiento e indemnización global; tres prestaciones relacionadas con la vivienda: crédito para adquirir o construir vivienda; prestamos hipotecario y arrendamiento de habitaciones económicas; prestamos a corto plazo y tres servicios sociales enfocados a mejorar las condiciones de vida y bienestar de los trabajadores y sus familias; readaptación de inválidos, elevar la recreación técnica y cultural del trabajador y su familia y un seguro para ampliar dicha preparación.

En lo que nos interesa, respecto de los seguros de carácter pensionario en el caso de la jubilación, los trabajadores debían cumplir con 30 o más años de servicios e igual tiempo de cotización, cualquiera que fuera su edad; respecto a la pensión por vejez, se otorgaba a los trabajadores que habiendo cumplido 55 años de edad tuviesen como mínimo 15 años de servicio e igual tiempo de cotización.

En relación con el financiamiento de los seguros, servicios y prestaciones, el diseño de seguridad social en el Instituto, se ubicó en el sistema público de reparto o de beneficio definido, y en el contribuían en forma bipartita el Estado como patrón a través del gobierno federal o gobierno de las entidades federativas o municipales y el trabajador. La distribución de las cuotas para cubrir las prestaciones del ISSSTE, conforme con la ley de 1959 las representamos gráficamente en la tabla 4 siguiente.

Tabla 4.<sup>57</sup> Ley ISSSTE 1959

Trabajador		Entidad u Organismo	
Aportación	destino	Aportación	destino
	2% seguro de enfermedades no profesionales y maternidad	6%	Seguro de enfermedades no profesionales y maternidad
8% del sueldo básico	6% para el resto de prestaciones, con exclusión del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.	6%	Para el resto de prestaciones, con exclusión del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
		0.75%	Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Una de las características de esta ley, a diferencia de la primera ley del seguro social, es el contenido relativo al seguro de carácter pensionario consistente en la jubilación, que no se contemplaba en la ley del seguro social en cita; respecto del seguro de vejez, se establecía la edad de 55 años y un mínimo de 15 años de servicio o de contribución a Instituto. En este seguro de vejez, el monto de la pensión se ajustaba de acuerdo al número de años de servicio: pensión equivalente a 40 por ciento de su sueldo, con 15 años de servicio; hasta llegar al 95 por ciento del sueldo al alcanzar 29 años de servicio; toda vez que a los 30 años o más de servicios, se surtía la figura de la jubilación con independencia de la edad. Además en la década de los 60 del siglo pasado, no se dimensionó el fenómeno del envejecimiento como en la actualidad.

b. Ley de la Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de 1983

La segunda Ley del ISSSTE fue publicada en el DOF el 27 de diciembre de 1983 y entró en vigor al día siguiente y abrogó la primera de 1959. Con esta ley se

<sup>57</sup> Tabla 4 Elaboración propia. Fuente: Ley de los Trabajadores al Servicio del Estado de 1959 y Briceño Ruiz, Alberto. *Derecho Mexicano del Seguros Sociales*. Ed. Harla, México, 1987.



ampliaron las prestaciones de los derechohabientes, de manera que el número de seguros, servicios y prestaciones aumento de 14 a 20, al incluirse 7 nuevas prestaciones, como podemos advertirlo del contenido gráfico de la tabla 5 que presentamos más adelante.

En esta segunda ley, en el régimen obligatorio, se adicionaron las figuras de la continuación voluntaria en el régimen obligatorio; del seguro de enfermedades, maternidad y medicina preventiva, lo que permitió que el trabajador que dejaba de prestar sus servicios en alguna dependencia o entidad, que no tuviera la calidad de pensionado y que hubiera cotizado cuando menos 5 años para el instituto, podía solicitar la continuación voluntaria, siempre y cuando cubriera íntegramente las cuotas y aportaciones tanto de el como trabajador, como las que hubieran correspondido a la dependencia o entidad.<sup>58</sup>

Asimismo, se adicionó la figura de la incorporación voluntaria al régimen obligatorio, que permitía al Instituto celebrar convenios con las entidades de la administración pública federal o con lo gobiernos de las entidades federativas o los municipios, a fin de que sus trabajadores y familiares derechohabientes recibieran las prestaciones y servicios del régimen obligatorio, en los términos del artículo 146.<sup>59</sup>

En relación con el financiamiento del modelo pensionario, el sistema previsional se mantuvo igual al de la ley de 1959, es decir como un esquema de reparto o fondo común con prestaciones predefinidas. Una de las características de esta ley en materia de protección social de la vejez, es que los seis seguros establecidos en la ley de 1959 referentes a: jubilación, seguro de vejez, invalidez, seguro por muerte, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y la indemnización global, se expandieron a 7 en 1983, cuando la ley sustituyó el seguro de vejez, por el de retiro por edad y tiempo de servicios e incorporar el de cesantía en edad avanzada, éste último se surtía cuando el trabajador llegaba a los 60 años de edad y tenía como mínimo 10 años de cotización, es decir 500 semanas; de manera similar a los requisitos establecidos para este seguro en la ley del IMSS de 1973.

---

<sup>58</sup> Artículos 16 y 20 de la Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado. Legislación de Seguridad Social, Leyes y Códigos de México Ed. Porrúa, México, 1998.

<sup>59</sup> Idem.

En esta ley del ISSSTE de 1983, en el texto original no encontramos una disposición que haga referencia al término vejez o seguro de vejez, pues dicho seguro fue sustituido por la figura del retiro anticipado por edad y tiempo de servicios, que preveía una edad mínima de 55 años y un mínimo de 15 años de antigüedad o de prestación de servicios; y en el seguro de cesantía en edad avanzada, se requería como edad 60 años y un mínimo de cotizaciones de 10 años o 500 semanas cotizadas.

Entre 1983 y 2005 esta ley presentó diversas modificaciones y reformas que en términos generales se dirigieron a ampliar los beneficios y prestaciones de los trabajadores y sus familiares derechohabientes, entre ellas, en 1985,<sup>60</sup> la relacionada con la vivienda, con la posibilidad de adquirir en propiedad las casas en renta; en 1986,<sup>61</sup> se realizó un paquete de reformas que incluyó la disminución del tiempo de cotización o antigüedad laboral, de 30 a 28 años para las mujeres.

En enero de 1993,<sup>62</sup> se publicó una reforma a la ley, que creó una nueva prestación para los trabajadores: El Sistema de Ahorro para el retiro, que fortalecería el monto de las pensiones a través de un complemento al ingreso futuro. Con esta prestación, el número de prestaciones otorgadas por el instituto a los asegurados, aumentó a 21, como lo advertiremos en la tabla 5 siguiente.

Un aspecto importante del SAR, es que introdujo como mecanismo o esquema pensionario, el modelo de capitalización individual, como pilar complementario del sistema de pensiones de beneficio definido que prevalecía hasta antes de dicha reforma; de manera que cada trabajador se haría propietario de las aportaciones realizadas en su cuenta individual, y como consecuencia de ello la creación de un sistema mixto o dual en el modelo de pensiones.

Los recursos del SAR provenían en forma exclusiva de las aportaciones gubernamentales del ámbito federal o de las entidades federativas y consistían en el 2 por ciento del sueldo básico de cotización, se integraban en una cuenta individual con dos subcuentas: la de ahorro para el retiro y de vivienda

---

<sup>60</sup> Diario Oficial de la Federación de 7 de febrero de 1985.

<sup>61</sup> Diario Oficial de la Federación de 24 de diciembre de 1986.

<sup>62</sup> Diario Oficial de la Federación de 4 de enero de 1993.

Algunos comentarios a esta segunda ley del ISSSTE, referentes a la falta de claridad y dispersa redacción de su contenido, y con los cuales coincidimos, en palabras del doctor Ruiz Moreno,<sup>63</sup> nos permitimos transcribir: *Ahora bien, es una confusa redacción, dispersa y carente de toda técnica legislativa, la Ley del ISSSTE entremezcla unos con otros a: seguros de enfermedad, maternidad, riesgos de trabajo, jubilación, retiro (por edad o por tiempo de servicios), invalidez, muerte y cesantía en edad avanzada; prestaciones de medicina preventiva, indemnización global, arrendamiento, prestamos hipotecarios y las promociones culturales, fomento deportivo y recreación; y los servicios de rehabilitación física y mental, de atención para el bienestar y desarrollo infantil, integración para pensionados y jubilados, calidad de vida a asegurados y familiares derechohabientes, funerarios y turísticos.*

En relación con la evolución y ampliación de los seguros, prestaciones y servicios comprendidos en la primera y segunda ley del ISSSTE, que incluyen las reformas relacionadas con la creación de la prestación del ahorro para el retiro y la supresión del seguro de vejez, que fue sustituido por la figura del retiro por edad y tiempo de servicios, así como la adición del seguro de cesantía en edad avanzada; y sus diferencias con la ley del ISSSTE vigente a partir de 2007, que detallamos en el siguiente punto y las esquematizamos en la siguiente Tabla 5.<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Nuevo Derecho de la Seguridad Social*. 5ª, Porrúa, México, 1997. p.107. Véase: también Briceño Ruiz, Alberto. Ob.cit, pp. 297-298, respecto a la clasificación de seguros, servicios, y prestaciones en esta ley.

<sup>64</sup> Elaboración propia. Fuente Leyes del ISSSTE: 1959 y 1983 con algunas reformas de 1985, 1986, 1992 y 1993.

Tabla 5. Evolución y ampliación de los seguros, prestaciones y servicios, en las leyes del ISSSTE 1959-1983

1959-1982	1983-1991	1992-2000
Seguro de enfermedades no profesionales y maternidad	A las 14 anteriores se agregaron las siguientes	A las 20 anteriores, se agregó la siguiente Seguro de salud
Servicios de reeducación y readaptación de invalidez		
Servicios que eleven niveles de vida del trabajador y familia	Medicina preventiva	
Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural del trabajador y su familia	Seguro de retiro por edad y tiempo de servicios (sustituyó al seguro de vejez)	
Prestamos a corto plazo	Seguro de cesantía en edad avanzada	
Jubilación	Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil – guarderías-	
Seguro de vejez	Servicios integrales de retiro a jubilados y pensionistas	Sistema de ahorro para el retiro (1993)
Seguro de invalidez	Servicios turísticos	
Seguro por causa de muerte	Servicios funerarios	
Indemnización global	Prestamos a mediano plazo	
Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales		
Créditos para vivienda familiar		
Prestamos hipotecarios		
Arrendamiento y habitaciones económicas		

c. Ley de la Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, vigente 2007

La tercera ley del ISSSTE es la vigente, publicada en el DOF el 31 de marzo de 2007, que abrogó la anterior ley de 1983.

Después de un breve período de discusión en el Congreso de la Unión, menos de diez días, se cambió sustancialmente el seguro social de los trabajadores al servicio del Estado, afiliados al ISSSTE, pues esta ley entró en vigor el día primero

de abril de dos mil siete; la columna vertebral de la reforma se tradujo esencialmente en el modelo pensionario, por la sustitución del modelo previsional de reparto o fondo común, por el modelo de capitalización individual para el otorgamiento de prestaciones como las pensiones.<sup>65</sup>

Por lo anterior consideramos oportuno, hacer algunas referencias relacionadas con el documento *Diagnostico Situacional del ISSSTE al iniciar el Gobierno del Cambio*,<sup>66</sup> en el que se contienen entre otros los motivos que propiciaron la expedición de esta ley y entre ellos la transición demográfica,<sup>67</sup> reflejada a través del notorio incremento en la esperanza de vida, así como la disminución de la mortalidad infantil y de la tasa de fecundidad, que originan el fenómeno del envejecimiento de la población; entendido éste último, como el crecimiento de la proporción de personas adultas en relación con un menor número de niños y jóvenes. Además, que las personas mayores de 60 años duplicarán su participación de 6 a 12 por ciento, lo que en número absolutos significará una población de más de 7 millones de personas ancianas,<sup>68</sup> situación que provocará que el país enfrentará en los próximos años, un incremento en la demanda de los servicios de salud por parte de una población envejecida, ante la transición epidemiológica, que además requerirá servicios especiales de salud.

Relacionado con la transición demográfica, se resaltó la problemática institucional de los servicios médicos, en cuanto al comportamiento del índice de precios de medicamentos e insumos médicos; la ampliación de los beneficios otorgados a los trabajadores del Estado y de manera especial el desequilibrio o

---

<sup>65</sup> En relación con el proceso de reforma de esta nueva ley del ISSSTE, así como el análisis del diagnóstico realizado a finales del 2006, la estrategia e instrumentación de la reforma por parte del ISSSTE, Véase: *la reforma del ISSSTE: un cambio necesario*. Ob.cit., en la que se precisa que el gobierno tomó la decisión de emprender una reforma estructural del sistema provisional de los trabajadores del sector público, estableciendo medidas para configurar un sistema portable, congruente con el de los trabajadores del sector privado, para con ellas sentar las bases de la constitución de un sistema nacional de seguridad social en el que converjan los distintos regímenes que existen en la actualidad y que denotan una seguridad social fragmentada.

<sup>66</sup> ISSSTE. *La Seguridad Social de los Trabajadores del Estado: Avances y Desafíos*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2005, pp 17-106

<sup>67</sup> INEGI, Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, México, 2002. La esperanza de vida pasó de 48 años en 1950 a 75 años en 2000; el índice de mortalidad infantil pasó de 126 defunciones por cada 1,000 a 13.8 en el mismo período.

<sup>68</sup> Frenk, Julio, Et al, *La seguridad social en salud; perspectivas para la reforma*. En Solís Soberón, Fernando y Villagómez, F. Alejandro. Comps. *La seguridad social en México*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1999, p.82.

déficit financiero de los recursos destinados al fondo médico y específicamente del fondo de pensiones.

Con relación a la problemática del esquema de pensiones, se adujo que el modelo de solidaridad intergeneracional, conocido también como de reparto o fondo común, basado en un esquema de ahorro obligatorio mediante el cual los trabajadores en activo contribuyen a financiar las pensiones de los trabajadores jubilados, este diseño original del esquema de pensiones se ha visto afectado por la transición demográfica, sin modificación a las fuentes y primas de financiamiento, de manera que las reservas actuariales hasta 1992, para dicho fondo se agotaron.

Asimismo, que la multiplicidad en la prestación de servicios como guarderías, turísticos, venta de productos básicos y consumo para el hogar y servicios funerarios, desde la perspectiva de la gestión pública repercuten en la ausencia de una definición precisa de la misión o razón de ser de la institución, lo que le impide realizar una gestión institucional estratégica y efectiva.

Respecto de los regímenes que comprende la ley vigente, conserva como la anterior; el obligatorio y el voluntario; en el primero se regulan los seguros: de salud; de riesgos de trabajo; *de retiro CEA y vejez* e invalidez y vida; asimismo conserva las prestaciones y servicios contenidas en la ley abrogada, referentes a préstamos: hipotecarios y personales; y servicios sociales, consistentes en servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo --tiendas ISSSTE- servicios turísticos, funerarios, guarderías, servicios culturales, educativos y de capacitación, de atención a jubilados, pensionados, discapacitados y programas de fomento deportivo.

De igual manera, incorpora la figura relacionada con el seguro de ahorro para el retiro, para los efectos del de *retiro, CEA y vejez*; operadas y administradas por en entidades financieras denominadas AFORES, SIEFORE y *PENSIONISSTE*. La cuenta individual, se integra con las subcuentas: de retiro, CEA y vejez; de *ahorro solidario*; de aportaciones complementarias; de aportaciones voluntarias y la de vivienda. Prevé la figura de la cuota social, y como único contribuyente al Estado a través del gobierno federal; la pensión, consistente en una renta periódica o retiros programados. Así como la figura de la pensión garantizada.

En relación con el seguro de salud, en la atención médica curativa, de maternidad y rehabilitación física y mental se destaca la inclusión de la *atención gerontológica y geriátrica*; y las figuras de: portabilidad de derechos y el bono de pensión.

La ley vigente del ISSSTE ha provocado discusiones y criterios diversos, algunos incluyen aspectos favorables y otros no favorables. Algunos comentarios desfavorables, se enfocan al esquema pensionario, por la sustitución del modelo de reparto por el de capitalización individual, que implica la privatización en el esquema pensionario, de manera que las pensiones serán cubiertas en forma temporal, por el nuevo organismo creado PENSIONISSSTE y después por las compañía o empresas aseguradoras, que el trabajador contrate previo cumplimiento de requisitos legales. En este aspecto los comentarios y críticas se han realizados no sólo por expertos en materia de pensiones, también expertos financieros. La columna vertebral de la reforma, consistió precisamente en la sustitución del modelo previsional de reparto o fondo común, por el modelo de capitalización individual, y con ello se afectó sustancialmente el principio de solidaridad de la seguridad social.

Entre los aspectos favorables,<sup>69</sup> se resaltan la creación de la figura *portabilidad de derechos*, que le permiten al asegurado la suma de cotizaciones y tiempos de espera mediante su reconocimiento entre el ISSSTE y el IMSS y entre el INFONAVIT y FOVISSSTE; en el aspecto financiero, la nueva ley incluye un régimen de manejo de reservas, que prohíbe el uso de recursos de algún seguro para otro propósito, con lo que se pretende evitar que un seguro financie a otro, en los términos del artículo 242.

Asimismo, para tratar de sostener la solidaridad como principio de la seguridad social, en esta ley se crea la figura del *ahorro solidario*, concepto nuevo no previsto en la NLSS, a través de la subcuenta de ahorro solidario, que en esencia consiste en una aportación económica adicional a dicha subcuenta por parte del gobierno federal a la cantidad que el trabajador aporte en esta subcuenta, con el propósito de incentivar el ahorro.

---

<sup>69</sup> Mendizábal Bermúdez, Gabriela. *Comentarios a la nueva ley del ISSSTE: aspectos positivos y negativos en el otorgamiento de prestaciones*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Revista Latinoamericana de Derecho Social, Núm. 5, julio-diciembre 2007, México, pp. 253-261.

Otros comentarios positivos a esta ley, desde el punto de vista del aspecto económico provienen de entidades financieras, que consideran:<sup>70</sup>

La nueva Ley del ISSSTE implica beneficios en varias vertientes:

Arregla un problema añejo del ISSSTE y le devuelve viabilidad a su sistema de pensiones, pues se hace auto sustentable gradualmente.

El ISSSTE se fortalece al recobrar capacidad de maniobra y poder destinar recursos a otros rubros de su gasto, como servicios médicos.

Los actuales jubilados y pensionados no sufren modificación en su status, pero sí podrían ver algunos beneficios en servicios médicos.

Se crea un órgano desconcentrado, el PENSIONISSSTE, el cual funcionará como una AFORE para empleados del ISSSTE quienes tendrán cuentas individuales y podrán migrar después a nuevas AFORES.

El nuevo sistema sigue teniendo elementos de solidaridad, que en su conjunto benefician a los trabajadores de menores ingresos.

En el mediano y largo plazo, se disminuirá el déficit del ISSSTE y a su vez, los pasivos contingentes del sector público también disminuyen en el largo plazo.

Entre los motivos que se adujeron para la reforma legal, se dijo que el ISSSTE se encontraba en una situación francamente deteriorada. Se argumentó, en gran parte, esto se debía a que la pirámide poblacional de nuestro país ha cambiado drásticamente en los últimos años y las reglas del ISSSTE no prevenían este cambio. Simplemente, la esperanza de vida en 1975 era de 65 años, en 2000 de 75 años y en 2005 de 77 años. Si a esto se le suma el hecho de que empleados del ISSSTE se retiraban con 30 años de servicio, sin tomar en cuenta su edad, el resultado es que cada año hay más personas que viven más y por lo tanto, cobran pensión, aumentando el costo del esquema pensionario. De esta forma, en 1975 cuando un trabajador se retiraba había 20 trabajadores en activo que ayudaban a financiar su pensión. En 2005, esta relación era de apenas 5 trabajadores en activo por cada pensionado. Como se infiere de lo anterior, hoy en día cada pensionado cobra pensión, en promedio, durante 21 años después de dejar laborar en el ISSSTE.

---

<sup>70</sup> Véase: <http://www.comfin.com.mx/comunicados/ixe/07/mar/issste.pdf> . Consulta marzo de 2010.



Por otra parte, existen problemas en los servicios médicos. Bajo el esquema actual los usuarios de servicios médicos del ISSSTE tienen que esperar tiempos largos para consultas, además para el ISSSTE el costo de medicinas es alto, el precio de éstas, sobre todo para tratamiento de enfermedades crónico degenerativas han aumentando. El perfil de enfermedades en México ha cambiado de un perfil de males infecciosos, por uno de males crónico degenerativos, que implica tratamientos largos y más costosos. En el fondo médico, el déficit crece aunque aún está lejos de ser tan grandes como el de pensiones.

En suma, estos aspectos en el esquema pensionario, el déficit de flujo de caja y el déficit en el fondo médico, hacen que el ISSSTE esté en una situación delicada y que su imagen se haya deteriorado ante la población. La confianza en su recuperación, se plasma en la ley vigente.

El modelo de capitalización individual a través de cuentas individuales, ha sido criticado porque, es posible que un trabajador de bajos ingresos que durante toda su vida haya tenido cotizaciones bajas en el ISSSTE, al final su pensión sea muy pequeña. Por este motivo, se afirma que la reforma considera que el Gobierno Federal debe garantizar una pensión mínima, equivalente a dos salarios mínimos, para este tipo de trabajadores, por ello se incluye una cuota social, financiada por el Estado y que significa la aplicación de un monto fijo, sin relación de porcentaje de sus ingresos.

En lo que nos interesa el seguro de retiro, CEA y vejez, que constituye el cambio medular en esta nueva ley. Se establece que el PENSIONISSSTE, órgano creado en esta ley, administrará las cuentas individuales de los trabajadores durante los treinta y seis meses posteriores a su creación; una vez concluido el plazo, podrán elegir cambiar su cuenta individual a un AFORE y el PENSIONISSSTE podrá recibir el traspaso de las cuentas individuales de trabajadores afiliados al IMSS, en virtud de la figura portabilidad de derechos, en los términos del artículo vigésimo quinto transitorio.

La nueva ley incorpora un capítulo denominado *de las pensiones*; y el respeto a los derechos de los jubilados o pensionados actuales; se reconocen además, los períodos cotizados con anterioridad a la entrada en vigor de todos los trabajadores actuales que constituirán las pensiones en tránsito o en curso. A los trabajadores en este último supuesto, se les otorga el derecho para elegir u optar por alguna de estas dos

posibilidades: 1. Mantenerse en el sistema de reparto o de fondo común, con incrementos en los requisitos para pensionarse, en cuanto a la edad y años de servicio; y 2. Escoger la acreditación de *bonos de pensión del ISSSTE*, en sus cuentas individuales, que equivalen a un bono de transición para ingresar al sistema de capitalización individual.

Para estos efectos, en el artículo séptimo transitorio, se expresa que a partir del 1º de enero de 2008, los asegurados tendrán seis meses para optar por cualquiera de las dos posibilidades antes expresadas; para elegir u optar por una de las posibilidades, deberá expresar por escrito al ISSSTE, su elección. Si el asegurado elige mantenerse en el régimen y esquema pensionario de la ley abrogada, deberá cumplir con las modificaciones que se implementan de manera gradual, contenidas en los artículos transitorios décimo, décimo primero y duodécimo de la ley vigente.

Para los futuros asegurados y los que opten por la nueva ley, se establece el monto de la *pensión mínima garantizada* en dos salarios mínimos, es decir; en \$3,034.00 pesos a 2008, conforme con la fracción XXIX, del artículo 6º; y los siguientes seguros:

1. El CEA, que estaba contemplado también en la ley abrogada con las siguientes variantes: Tiempo de cotización, anteriormente se exigía un mínimo de 10 años, ahora la ley prevé un mínimo de 25 años cotizados, además del requisito de la edad de 60 años.

2. El seguro de vejez, el artículo 89, establece como requisitos tener 65 años de edad y por lo menos 25 años cotizados. La petición de pensión requiere ser solicitada expresamente por el trabajador en los términos del artículo 90.

3. En el seguro por retiro, podrán acceder a él, aquellos trabajadores que antes de cumplir los 60 o 65 años de edad y los 25 años cotizados, puedan con los recursos de la cuenta individual, garantizar la obtención de una pensión, que sea superior al 30 por ciento del equivalente a una pensión mínima garantizada. En el supuesto de que los trabajadores en activo se adhieran al régimen y esquema pensionario de la nueva ley y se ubiquen en el supuesto para obtener una pensión en el seguro de retiro, deberán cumplir los requisitos de edad y tiempos de cotización, establecidos en forma gradual, en el artículo décimo tercero transitorio.

En los términos anteriores, conforme con la ley vigente, podemos apreciar visiblemente, un incremento en los períodos de cotización, pues en la ley anterior de 1983, se requerían 500 cotizaciones semanales para el supuesto de CEA, es decir 10 años y, en el supuesto de vejez como mínimo 15 años de cotización; en comparación con la vigente, que exige como tiempo de cotización mínimo, 25 años en ambos supuestos.

También debemos expresar, que esta nueva ley, al igual que la nueva del seguro social vigente, contienen un torbellino conceptual, al prever las siguientes figuras: AFORE, SIEFORE, cuenta individual integrada: por las subcuentas de retiro, CEA y vejez; ahorro solidario; aportaciones complementarias de retiro; aportaciones voluntarias de ahorro a largo plazo; y la de vivienda. Estas figuras también son reguladas en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. La subcuenta de ahorro solidario, no está incluida en la nueva Ley del Seguro Social vigente.

El monto constitutivo, pensión o jubilación, retiro programado, renta y seguro de sobrevivencia, son figuras también reguladas en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro vigente. Torbellino conceptual, que abordaremos más adelante en este mismo capítulo, en el punto relativo a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, aplicable en este primer subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo. A continuación y como parte de este primer subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, dirigido a los trabajadores al servicio del Estado, nos referiremos a la Leyes de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas.

### *3. Ley Reglamentaria de la Fracción XIII, del Apartado B, del artículo 123 Constitucional*

En forma previa haremos referencia a algunos antecedentes que dieron origen al modelo de seguridad social de las Fuerzas Armadas Mexicanas.<sup>71</sup> En 1829 durante la presidencia del general Vicente Guerrero se aprobó el Reglamento General de la Gran Casa Nacional de Inválidos, para proporcionar asilo a militares beneméritos o particulares por servicios calificados a la patria.

---

<sup>71</sup> Manual de Organización del ISSFAM vigente a 2008. En el pueden consultarse los referentes previos que hemos expresado. Véase: [www.issfam.manual\\_org:pdf](http://www.issfam.manual_org:pdf). Consulta marzo de 2010.

En 1925 durante el gobierno del presidente Plutarco Elías Calles,<sup>72</sup> se promulgó la primera Ley General de Pensiones Civiles de retiro y se creó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro; sin embargo, los aspectos de seguridad social que en ella se establecían, no incluía la atención de la salud y la protección al salario. Sólo establecía el otorgamiento de pensiones a funcionarios de la Federación, del departamento del Distrito Federal y de los Gobiernos y Territorios Federales, al llegar a los 55 años de edad con 30 años de servicio o cuando quedaron inhabilitados para el trabajo.

En 1926 se expidió la Ley de Retiro y pensiones del Ejército y la Armada Nacionales, cuyos beneficios se limitaron al otorgamiento de pensiones como la ley de 1925. Entre 1929 y 1961, se realizaron diversas modificaciones en materia militar, en especial el establecimiento de un seguro obligatorio, la creación del Fondo de Ahorro del Ejército, la creación del Banco Nacional del Ejército y la Armada; surgió la Ley del Seguro de Vida Militar y la creación de la Dirección de Pensiones Militares, cuyo objetivo se centró en el otorgamiento de pensiones, compensaciones y haberes de retiro y se emitió la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas, que abrogó la anterior Ley del Seguro de Vida Militar.

En 1976 durante el gobierno de Luis Echeverría,<sup>73</sup> se promulgó la Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas, que abrogó la Ley de Retiro y Pensiones Militares de 1955 y la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de 1961.

En relación con el fundamento constitucional de la seguridad social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, no obstante que nuestra Constitución es omisa en cuanto a la descripción o catálogo de derechos en esta materia, en la Fracción XIII, del Apartado B, del Artículo 123º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se regulan las condiciones mínimas en las relaciones laborales de los militares. Por esta disposición constitucional se sujetan en materia de seguridad social a la Fracción XI, de dicho apartado constitucional y a las leyes que para tal efecto se emitan.

---

<sup>72</sup> Briceño Ruiz, Alberto. Ob. cit. p. 285 y Mendizábal Bermúdez, Gabriela. Ob. cit. pp. 177-178

<sup>73</sup> Publicada en el Diario Oficial de 29 de junio de 1976

Respecto al derecho de la seguridad social de los integrantes de las fuerza armada, aérea y ejército, éste se encuentra previsto en la fracción XI del dispositivo constitucional en cita, incluido en la seguridad social, el derecho a obtener pensiones por retiro, invalidez, vejez y a disfrutar de la vivienda a través de la integración de un fondo nacional, cuyo financiamiento se integra con aportaciones únicas del Estado, a través del gobierno federal.

Con éste fundamento constitucional y como reglamentaria del mismo, a continuación analizaremos y describiremos algunos aspectos esenciales en cuanto a protección social y las prestaciones en materia de seguridad social de la primera ley expedida en 1976 y de la Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas vigente, publicada en el DOF de 09 de julio de 2003.

a. Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas de 1976

Podemos decir que esta primera ley, en relación con el contenido de los derechos en materia de seguridad social, guarda cierta similitud con la primera ley del ISSSTE de 1959, no obstante las abrogaciones a las diversas leyes en materia de pensiones, retiro y seguros que se expidieron y que hemos referido en forma previa, los derechos en ellas contenidos se siguieron conservando y permanecen en la ley vigente.

Esta ley contenía cuatro títulos: <sup>74</sup> el primero con un sólo capítulo hacia referencia a la organización y funcionamiento del ISSFAM; el segundo con seis capítulos preveía esencialmente: los haberes de retiro, pensiones, compensaciones, pago de defunción y ayuda para gastos de sepelio; el tercero se refería a la constitución y otorgamiento del fondo de trabajo, del ahorro y seguro de vida militar; el cuarto capítulo, precisaba las prestaciones de vivienda; el quinto, relativo a la becas y escuelas de capacitación y el sexto, regulaba la prestación del servicio médico integral. El título tercero hacía alusión a procedimientos y pruebas y el cuarto título contenía las precisiones generales.

---

<sup>74</sup> Briceño Ruiz, Alberto. Ob. cit. pp. 355-359

Uno de los comentarios del maestro Briceño, en relación con esta ley, se refiere a la estructura confusa y la imprecisión de los riesgos o seguros que se protegen, así como la ausencia de diferenciación entre las prestaciones y servicios; de manera que al promulgarse esta ley, no se aprovecharon las experiencias en cuanto al seguro social como instrumento de la seguridad social, ya desarrolladas en la Ley del Seguro Social de 1973 y la primera ley del ISSSTE en 1959.

Por este motivo, apoyándonos en el maestro Briceño, procederemos a esquematizar en la Tabla 6 siguiente: los seguros o riesgos, las prestaciones y los servicios otorgados a los integrantes de las Fuerzas Armadas Mexicanas en esta ley, para después realizar la comparación en cuanto a diferencias, requisitos, financiamiento y ampliación de las prestaciones contenidas en la ley vigente.

Tabla 6. <sup>75</sup> Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas 1976

SEGUROS O RAMAS : Haberes de retiro, pensiones y seguro de vida

PRESTACIONES: Compensaciones, pago de defunción, gastos de sepelio, fondo de trabajo, fondo de ahorro, venta y arrendamiento de casas y préstamos hipotecarios a corto plazo.

SERVICIOS: Tiendas y centros de servicio, hoteles en tránsito, casa hogar para retirados, centros de bienestar infantil, servicios funerarios, escuelas e internados, centros de alfabetización, centros de adiestramiento y capacitación, centros deportivos y servicios médicos.

#### b. Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas 2003

En forma previa al análisis de los seguros, prestaciones y servicios de protección social contenidos en esta ley, haremos referencia a la significación de términos en esta materia, en especial a la rama del seguro de pensiones que cubre las contingencias de retiro y muerte de los militares.

---

<sup>75</sup> Elaboración propia. Fuente: Briceño Ruiz, Alberto. Ob. cit. Advertimos la utilización de términos como haber de retiro, que equivale a una pensión directa al asegurado y el término pensión, se aplica como prestación de los beneficiarios del trabajador asegurado.

Por Fuerzas Armadas se entiende al Ejército, la Fuerza Aérea y la Armada mexicana; por Haber o haberes es la percepción base, sueldo o remuneración al personal que desempeña sus servicios en el ejército, fuerza aérea y armada nacionales y que se establece en el tabulador que expide la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Haber de retiro es la prestación económica vitalicia a que tienen derecho los militares retirados en los casos y condiciones que fija esta la ley; sobrehaber es la remuneración adicional que se cubre al personal militar en activo en atención al incremento en el costo de la vida o insalubridad del lugar donde preste sus servicios; pensión, es la prestación económica vitalicia a que tienen derecho los familiares de los militares en los casos y condiciones que fije la ley y compensación, es la prestación económica a que tienen derecho los militares y sus familiares, en una sola exhibición, en los términos y condiciones que fije la ley.

En relación con término *retiro*, debemos aclarar que éste se utiliza en la ley no sólo para el supuesto de cesar en las actividades de servicio por edad o años de servicio, también para aquellos casos en que los militares integrantes del Ejército, Fuerza Armada, y Aérea, incurran en alguna causal que motive la separación o terminación de su cargo; es decir, como medida disciplinaria o como causal de terminación en la prestación del servicio. Por ello, Retiro, es la facultad que tiene el Estado y que ejerce por conducto de las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, para separar del activo a los militares, al incurrir en alguna de las causales previstas en esta Ley.

Respecto de la figura del retiro, entendida esta como la posibilidad de cesar en la prestación del servicio, debe distinguirse entre el retiro voluntario y el obligatorio; el primero requiere necesariamente haber prestado servicios por lo menos durante 20 años y en el segundo la edad límite es el factor determinante para continuar en activo en la prestación del servicio. En atención a los grados, la edad oscila entre los 50 y 65 años de edad. En los términos del artículo 25, la edad límite de los militares para permanecer en activo es: para los individuos de tropa, 50; Subtenientes, 51; Tenientes, 52; Capitanes Segundos, 53; Capitanes Primeros, 54; Mayores, 56; Tenientes Coroneles, 58; Coroneles, 60; Generales Brigadieres, 61; Generales de Brigada, 63 y Generales de División, 65.

Una observación interesante es que esta ley utiliza el término *pensión*, como prestación que se otorga sólo a los familiares beneficiarios, cuando ocurre la muerte del militar; y en el supuesto de retiro por edad o años de servicio, el término utilizado es haber de retiro.

No encontramos en la ley vigente, antecedentes referentes a la aplicación de las disposiciones relacionadas con el seguro de ahorro para el retiro, previsto en la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro vigente.

En las prestaciones por retiro, con haber de retiro, se distinguen dos hipótesis: el retiro, con haber de retiro y el retiro, con compensación;<sup>76</sup> la diferencia entre ambas es el tiempo de servicios, pues en la primera se requiere contar con 20 años de servicio como mínimo y en la compensación bastan 5 años. Respecto del derecho de la salud, la atención médica, hospitalaria, quirúrgica y farmacéutica, se proporciona a los militares asegurados y sus beneficiarios, a través de los organismos que integran el ISSFAM y en supuestos específicos, mediante la celebración de convenios de subrogación médica entre el ISSFAM, con otras instituciones de seguridad social o del sector privado.

A continuación en la Tabla 7,<sup>77</sup> nos permitimos graficar en términos generales los seguros de retiro, contenidos en los tres primeros números, las prestaciones del 4 al 10 y los servicios en los números restantes, previstos y regulados en esta ley, así como las diferencias con la ley anterior; asimismo el régimen de financiamiento de las mismas. El haber de retiro, la pensión, la compensación, la ayuda para gastos de sepelio y el pago de defunción, son seguros cuyo financiamiento corresponde en forma única al Estado, a través del gobierno federal, con cargo al erario federal y se prevé en el presupuesto de egresos de la Federación; en las restantes prestaciones y servicios, existe una contribución bipartita del Estado a través a del gobierno federal, que se asigna al ISSFAM y una contribución a aportación de los militares asegurados, integrantes del ejército, fuerza área y armada nacional.

---

<sup>76</sup> La compensación tiene una equivalencia a la indemnización global, prevista en la LSSSTE vigente. Ésta consiste en un pago o devolución única de aportaciones realizadas y por ende, no se surten los supuestos posteriores de un haber por retiro.

<sup>77</sup> Elaboración propia, Fuente; Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas de 1976 y la vigente.



Tabla 7

LEY ISSFAM 1976	LEY ISSFAM 2003
1. Haber de retiro	Haber de retiro
2. Pensión	Pensión
3. Seguro de vida	Seguro de vida
4. Compensación	Compensación
5. Pago de defunción	Pago de defunción
6. Ayuda para gastos de sepelio	Ayuda para gastos de sepelio
7. Fondo de trabajo	Fondo de trabajo
8. Fondo de ahorro	Fondo de ahorro
9. Venta y arrendamiento vivienda	Vivienda (venta de casas y Dptos. Y renta temporal por cuota de recuperación)
10. Prestamos hipotecarios	Prestamos hipotecarios a corto plazo
11. Tiendas y centros de servicio	Tiendas, granjas y centros de servicio
12. Hoteles en tránsito	
13. Casa hogar para retirados	Casa hogar para retirados
14. Centros de bienestar infantil	Centros de bienestar infantil
15. Servicios funerarios	Servicios funerarios
16. Escuela e internados	Becas y créditos de capacitación
17. Centros de alfabetización	
18. Centros de adiestramiento y superación	Centros de capacitación, desarrollo y superación para derechohabientes
19. Centros deportivos	Centros deportivos y de recreo
20. Servicios médicos	Servicios médicos (Instituciones propias o convenios de subrogación)
	Servicios turísticos
	Orientación social
	Farmacias económicas

*D. Modelos desarticulados en la protección social de la vejez*

Hasta aquí, podríamos pensar que hemos agotado el primer subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y que vinculamos con la primera dimensión de la hipótesis planteada. Sin embargo, en nuestro sistema jurídico, existen otros modelos de protección de la seguridad social en este nivel. Los hemos llamado modelos desarticulados, porque mantienen regímenes especiales de protección social y en ellos, también contemplamos a las personas viejas o la protección social de la vejez.

Estos modelos los referimos, con el propósito, de apreciar, advertir y evidenciar, la heterogeneidad y desarticulación en la protección jurídica: respecto del derecho de la salud y la atención médica; así como los diferentes esquemas pensionarios; la diversidad y diferencias en el cumplimiento de requisitos en cuanto a la edad y años de servicio para obtener una pensión; la diversidad en la legislación aplicable, así como la diversa naturaleza de los organismos e instrumentos, a través de cuales se garantizan el derecho de la salud y la seguridad social.

Por ello, en este punto abordaremos un análisis de los esquemas de seguridad social y el otorgamiento de pensiones en lo que denominamos modelos desarticulados, referentes a los trabajadores de PEMEX, trabajadores de CFE y trabajadores del IMSS y su regulación por el Reglamento de Jubilaciones y Pensiones. Se trata de organismos públicos descentralizados, de carácter federal, cuyos trabajadores son considerados como trabajadores al servicio público del Estado, por ende, los ubicamos también en el primer subsistema de protección social; no obstante que sus relaciones laborales se regulan por el Apartado A, del Artículo 123º Constitucional.

Los denominamos desarticulados, porque la protección social en cuanto a la seguridad social y las prestaciones consistentes en pensiones, no se sujetan a las leyes federales reglamentarias en materia de seguridad social, que hemos analizado en los puntos anteriores de este capítulo, sino que en forma amplia y complementaria se establecen y derivan de los contratos colectivos de trabajo, convenios o reglamentos específicos, y resultan diferencias sustantivas, en cuanto a la forma, operación, funcionamiento y cumplimiento de requisitos para disfrutar de las prestaciones de la seguridad social, así como montos y conceptos que integran las prestaciones en dinero del esquema de pensiones y del cumplimiento de requisitos de edad y tiempo de servicios o antigüedad laboral.

#### 1. Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social

El Régimen de Jubilaciones y Pensiones, contenido en el Contrato Colectivo de los Trabajadores, pactado por el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social con el IMSS, tiene su fundamento legal en la Ley del Seguro Social, Título Tercero,

relativo al régimen voluntario, capítulo II, en el que se contienen los seguros adicionales,<sup>78</sup> y contractual, en la cláusula 110, del capítulo: *jubilaciones y pensiones* del contrato colectivo.

Lo anterior implica que, en la negociación colectiva laboral el IMSS, tiene la doble característica de patrón de sus trabajadores y de instituto asegurador o empleador; los trabajadores son asegurados del régimen obligatorio del seguro social. Además, respecto de las prestaciones económicas son trabajadores beneficiarios de seguros y prestaciones adicionales contractuales, contenidas en el RJP, en el que se establecen condiciones de seguridad social superiores a las prestaciones contenidas en la Ley del Seguro Social. Éstas consisten entre otras en: aumentos en las cuantías de aportación; disminución de la edad y antigüedad laboral para el efecto de jubilación y obtención de pensiones; integración de salarios, vacaciones, primas vacacionales, aguinaldos y de manera general, prestaciones superiores a las mínimas contenidas en la Ley Federal del Trabajo o en la Ley del Seguro Social.

El Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de los Trabajadores del Seguro Social, establecieron de común acuerdo, el 7 de Octubre de 1966, de manera específica para los trabajadores del Seguro Social, un Régimen de Jubilaciones y Pensiones –RJP- el cual reemplazó las prestaciones, sobre todo, económicas que otorgaba la Ley del Seguro Social y a partir del Contrato Colectivo de Trabajo de 1989-1991, las mismas se proporcionan de una manera más amplia, lo que amplía la protección social base, con una protección adicional o complementaria.<sup>79</sup>

El RJP forma parte del contrato colectivo de trabajo y que crea para los trabajadores del Instituto un doble esquema de protección: como asegurado y como trabajador. Esta situación conlleva que el régimen esté constituido por los derechos que otorga la Ley del Seguro Social en los Seguros de Riesgos de Trabajo, Invalidez y Vida, Retiro, CEA y Vejez, y Muerte, más prestaciones complementarias de índole económica en dichos seguros. Las prestaciones complementarias contenidas en el

---

<sup>78</sup> Nueva Ley del Seguro Social. *Legislación de Seguridad Social*. 6ª, Ed, Sista, México, 2008. Artículos 246 a 250.

<sup>79</sup> Contrato Colectivo de Trabajo 2005-2007, cláusula 110.

régimen de jubilaciones y pensiones han originado por parte del IMSS no sólo valuaciones actuariales presentes, también proyecciones a futuro, con el propósito de prever la situación financiera en el futuro y el cumplimiento de las obligaciones laborales generadas por los trabajadores actuales y futuros.

El RJP fue uno de los aspectos que se invocaron para las reformas de la Ley del Seguro Social y que dieron origen a la NLSS, esencialmente en el aspecto de la viabilidad financiera del Instituto, de la constitución de fondos o reservas financieras para el pago de pasivos laborales, nómina de jubilados y pensionados, porque desde el punto de vista económico, dicho reglamento es bastante generoso en relación con las prestaciones económicas que de él derivan; así mismo, por el incremento de los trabajadores en edad de jubilarse.

El primer contrato colectivo, se firmó en septiembre de 1943, sin que ninguna de sus cláusulas hiciera referencia a un sistema especial de prestaciones económicas o de jubilaciones, ya que contenía sólo las prestaciones y seguros de la LSS. La estructura del nuevo RJP, vigente a partir de 16 de marzo de 1988, bajo el esquema de la pensión dinámica, cuenta con veintinueve artículos y siete artículos transitorios, de los cuales los cinco primeros se refieren al antiguo RJP y los dos últimos al nuevo RJP.

En el nuevo RJP vigente, nos interesa destacar algunos aspectos, como la absorción por parte del IMSS de la totalidad de la cuota obrero-patronal en el ramo IVCM, el incremento en la aportación de los trabajadores al fondo de jubilaciones y la formalización del carácter complementario o adicional del RJP respecto al esquema de pensiones previsto en la Ley del Seguro Social.

También queremos destacar, que en este grupo de trabajadores, se distingue entre aquellos que ingresaron al IMSS con anterioridad a la vigencia de la nueva LSS, que están o pueden estar sujetos al régimen pensionario previsto en la ley de 1973 y el respectivo RJP, que serían pensiones en tránsito o en curso y de responsabilidad financiera en el pasivo laboral para el Instituto; y los trabajadores que ingresaron a partir del uno de julio de 1997, sujetos al régimen pensionario de la nueva LSS. En ambos supuestos son aplicables las disposiciones relativas al seguro de retiro, CEA y vejez contempladas en la nueva LSS y la Ley del Sistema de Ahorro

para el Retiro y los recursos de las cuentas individuales son operados y administrados por las AFORES y SIEFORES.

Con relación al RJP consideramos importante referirnos, al cumplimiento de los requisitos para acceder a las prestaciones esencialmente económicas en las figuras de las jubilaciones, cesantía en edad avanzada y vejez; así como la forma de financiamiento de dichos seguros, los conceptos económicos que integran el salario base para efecto de este seguro y las prestaciones que se obtienen con los mismos, aspectos que derivan de diversos artículos contenidos en dicho reglamento,<sup>80</sup> y las diferencias con las contenidas en la NLSS, lo que visualizamos en la gráfica contenida en la Tabla 8 siguiente.

Respecto del derecho de la salud y la atención médica, la misma se proporciona a los trabajadores asegurados y sus beneficiarios o derechohabientes por el IMSS, a través de la capacidad instalada de su infraestructura hospitalaria y médica, en los tres niveles de atención médica.

---

<sup>80</sup> Reglamento de Jubilaciones y Pensiones para los Trabajadores del IMSS, CCT 2005-2007, Artículos: 5, 8,9, 12 y 18. Nuevo RJP a partir de 27 de junio de 2008, basado en cuentas individuales a cargo de Afores, nueva generación de trabajadores y portabilidad de derechos. Aportación 7 por ciento y 3 por ciento mensual. Véase: 3er informe de gobierno Felipe Calderón Hinojosa 2009 [www.presidencia.gob.mx](http://www.presidencia.gob.mx). Consulta marzo de 2010.

Tabla 8.<sup>81</sup>

RJP

NLSS Y SAR

Jubilación: Mujeres 27 años de servicios y Hombres 28, sin límite de edad	Retiro: No hay límite de edad, sujeto a montos constitutivos en cuenta individual bastantes para obtener una renta vitalicia o retiro programado
Cesantía en edad avanzada: 10 años de servicio y 60 de edad	Cesantía en edad avanzada: 1250 semanas de cotización ( 25 años de antigüedad laboral) y 60 años de edad
Vejez: 10 años de servicio y 65 de edad	Vejez, 1250 semanas de cotización y 65 de edad.
Financiamiento: Es bipartito el IMSS y el trabajador con el 3% de salario base	Financiamiento tripartito: Patrón: 2 por ciento, seguro de retiro Patrón Gobierno Federal (además cuota social) Trabajador
Salario Base: que se integra con los siguientes conceptos: Sueldo tabular, ayuda de renta antigüedad, despensa, alto costo de vida, zona aislada, horario discontinuo, atención integral continua, aguinaldo, ayuda para libros, riesgo por tránsito (chóferes).	Salario base de cotización, integración conforme con la Ley Federal del Trabajo y la NLSS
Prestaciones: en especie: atención médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica, prótesis y ortopedia En dinero: Monto mensual de jubilación o pensión, servicio de tiendas, préstamos sin interés y anteojos.	Prestaciones en Especie: idem  En dinero: Monto de pensión en renta vitalicia o retiro programado contratado con aseguradora.

## 2. Trabajadores de Petróleos Mexicanos

Tratándose de los trabajadores de PEMEX sean sindicalizados o de confianza, las relaciones laborales se regulan por el Artículo 123º, Apartado A, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal del Trabajo, reglamentaria del precepto constitucional citado, el contrato colectivo de trabajo y los reglamentos que emanan de dicho contrato, así como un reglamento para jubilaciones y pensiones de los trabajadores de confianza. El régimen de seguridad social en PEMEX lo abordamos por considerarlo como modelo desarticulado en la

<sup>81</sup> Elaboración propia. Fuente: Nueva Ley del Seguro Social de 1995, Reglamento de Jubilaciones y pensiones y Ley de los Sistemas de Ahorro para el retiro, vigentes.

protección de la seguridad social en el régimen contributivo, porque los trabajadores petroleros no se sujetan ni a la Ley del Seguro Social ni a la Ley del ISSSTE ni en cuanto a las prestaciones de atención médica derivadas del derecho de la salud, ni las prestaciones en dinero, que implican el otorgamiento de pensiones en el esquema pensionario. En relación con el derecho de la salud, el organismo federal, cuenta con una capacidad instalada de infraestructura hospitalaria y médica para la atención de sus trabajadores y de los beneficiarios de los mismos; en supuestos específicos de atención médica, cuenta con un esquema de celebración de convenios de subrogación con hospitales privados o públicos en todo el país.<sup>82</sup>

En relación con este modelo desarticulado de protección social, recordemos que a principios del siglo XX -1915- en nuestro país la industria del petróleo se desarrollaba por empresas particulares como El Águila y La Huasteca Petroleum. En 1918, nació la Confederación Regional Obrera Mexicana que no logró unificar inquietudes de los obreros petroleros, referentes a salarios y jornadas excesivas. Durante los años 1918 y 1924, la compañía El Águila reconoció en Tampico, un sindicato y firmó un contrato colectivo, de los primeros en el país y que dio inicio al actual Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana.

Desde la promulgación de la Constitución de 1917, la regulación laboral o expedición y aplicación de leyes sobre todo en materia de riesgos o accidentes de trabajo era competencia de las entidades federativas, misma que se federalizó mediante reformas a la Constitución en 1929. En 1931, al expedirse la Ley Federal del Trabajo, la materia petrolera quedó reservada a la jurisdicción federal con competencia exclusiva del Congreso de la Unión. En 1935, operaban en México más de veinte compañías petroleras de procedencia extranjera, con excepción de Petropemex y cada empresa tenía sus contratos de trabajo con prestaciones diversas.

En agosto de 1935, se fundó el STPRM que exigió la celebración de un contrato colectivo de trabajo, con el propósito de unificar prestaciones sociales y económicas y que los patrones reconocieran los derechos labores básicos

---

<sup>82</sup> Las fuentes de información en este punto las hemos tomado de la Constitución, Ley Federal del Trabajo, Contrato Colectivo de Trabajo 2003-2005 y algunos referencias históricas de PEMEX. Véase: [www.pemex.org.mx](http://www.pemex.org.mx). Consulta marzo de 2010.

contenidos en la Constitución y en la Ley Federal del Trabajo. Este evento sindical dio pie o se estimó como una de las causas que motivaron la expropiación petrolera, sin que sea nuestra intención hacer referencia a dicho evento, que marcó el rumbo de la industria petrolera, entonces privada, para convertirse en una industria de carácter nacional.

Este conflicto sindical por la exigencia de un contrato colectivo de trabajo y el reconocimiento de derechos laborales y de seguridad social, entre el STPRM y las empresas petroleras, fue llevado ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, mediante un procedimiento colectivo de orden económico; Junta que en diciembre de 1937 mediante laudo condenó a las compañías petroleras a la celebración del contrato colectivo y el pago de prestaciones económicas; contra dicho laudo las empresas promovieron juicio de amparo ante la Suprema Corte de Justicia, quien el primero de marzo de 1938, resolvió la legalidad de dicho laudo y por lo tanto la procedencia de las condenas. No obstante ello, las empresas petroleras se resistían a acatar el fallo de la Corte.

El 18 de marzo de 1938, el entonces presidente Lázaro Cárdenas decidió expropiar la industria petrolera. El gobierno federal ocupó las instalaciones petroleras el 29 de marzo y mediante comités designados y organizados por el sindicato, se hizo cargo de la producción petrolera. El 7 de junio de 1938 en el período de gobierno de Cárdenas, se creó la empresa Petróleos Mexicanos y en 1942,<sup>83</sup> se celebró el primer contrato colectivo de trabajo entre el STPRM Y PEMEX, en el que se delinearon las relaciones laborales de la industria del petróleo en el país; esto aconteció antes de la expedición de la primera Ley del Seguro Social.<sup>84</sup> Y con posterioridad a 1925, donde ubicamos el antecedente del ISSSTE.

---

<sup>83</sup> Este primer contrato colectivo de trabajo, contenía normas relacionadas con la prestación de los servicios médicos de la misma manera que las normas actuales, es decir que se proporcionan por clínicas, hospitales y consultorios establecidos por PEMEX, así como las relativas a prestaciones por accidentes y enfermedades por riesgo de trabajo y generales y las relativas a la prestación de jubilación.

<sup>84</sup> Recordemos que la primera Ley del Seguro Social se expidió en 1943 durante el gobierno de Ávila Camacho y es oportuno señalar que en los artículos 3 y 28 de esta ley se eximió a PEMEX de la obligación de inscribir en el régimen obligatorio del IMSS, a sus trabajadores; ello en virtud de que el contrato colectivo de trabajo celebrado entre el STPRM y PEMEX consignaba como en la actualidad, prestaciones superiores a las contenidas en la Ley del Seguro Social.



El CCT es único y surte efectos en PEMEX y sus organismos subsidiarios,<sup>85</sup> a partir de 1970 con las reformas a la Ley Federal del Trabajo, se revisa cada dos años en cuanto al contenido del clausulado en general y anualmente en relación con los incrementos a salarios y conceptos que lo integran. El CCT que hemos tomado como fuente, es el vigente en el período 2003-2005, contiene 258 cláusulas y no pretendemos ver cada una de las mismas, pues en términos generales incluye condiciones de trabajo y otorgamiento de prestaciones laborales y de seguridad social, superiores a las mínimas contenidas en la Ley Federal del Trabajo y en las leyes del seguro social.

Por lo tanto de manera similar a lo que hicimos en el modelo de RJP del IMSS, nos referiremos a los seguros y prestaciones vinculadas con la seguridad social y la protección de la vejez, para advertir diferencias en cumplimiento de edades, requisitos y contenido de prestaciones, lo que realizamos en la Tabla 9, siguiente. Desde nuestro punto de vista, en un modelo desarticulado en el contexto del primer subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

Aclaremos que en la Tabla 9, no haremos referencia a las prestaciones en especie consistente en los servicios médicos y contempladas en las cláusulas de la 181 a 186, pues este servicio se proporciona por PEMEX a los trabajadores y familiares a través de hospitales generales, hospitales regionales, clínicas y consultorios distribuidos en el país, así como mediante la subrogación de éstos servicios con hospitales o clínicas privados o públicas. Además en los servicios médicos se incluyen: atención médica, quirúrgica, hospitalaria, inclusive de tercer nivel como en la atención geriátrica, medicamentos, prótesis, rehabilitación y servicios odontológicos; y se cubren los accidentes o enfermedades generales, riesgos de trabajo y maternidad, por ello en la tabla, nos enfocaremos a seguros y prestaciones en dinero.

---

<sup>85</sup> Son organismos subsidiarios: PEMEX Exploración, PEMEX Refinación, PEMEX Gas y petroquímica básica y PEMEX petroquímica, reestructuradas a partir de 1992.

Tabla 9

Contrato Colectivo 2003-2005,<sup>86</sup> PEMEX-STPRM

Jubilación: pensión por jubilación Se incrementa anualmente en la misma proporción de incremento a trabajadores activos.	Por vejez, requiere edad 55 años y 25 de antigüedad o bien 55 de edad y 30 de antigüedad o más; montos de pensión del 80% y 100%
Jubilación Se incrementa anualmente en la misma proporción de incremento a trabajadores activos.	Incapacidad total permanente por riesgo de trabajo: incapacidad del 50 al 69%, antigüedad de 16 años y monto de pensión 60% Incapacidad del 70% requiere 4 de antigüedad y pensión monto 40%
Jubilación Se incrementa anualmente en la misma proporción de incremento a trabajadores activos.	Incapacidad permanente derivada de riesgo no profesional: 20 años de antigüedad y monto de pensión del 60% si solo tiene 17 de antigüedad hay tiempo de espera hasta por 3 años y cumpla los 20 de antigüedad
Enfermedades, accidente o muerte	Pago de licencias médicas, indemnizaciones, seguro de vida, pensión postmortem, gastos de sepelio.
Conceptos que integran salario para cuantía de monto de jubilaciones	Canasta básica de alimentos, bonificación por venta de producto (gasolina), aguinaldo anual equivalente a 57 días, ayuda de renta y tiempo extra, además de los legales previstos en la LFT.

De los datos contenidos en la Tabla 9 anterior, advertimos que los supuestos para obtener pensiones en este organismo descentralizado federal, son más amplios, no sólo en cuanto a los conceptos que las integran, también los factores que se toman en cuenta para calcular el monto de las pensiones, lo que desde nuestro punto de vista nos hace considerarlo como un modelo desarticulado de protección, incluido en el primer subsistema de la seguridad social en el contributivo, al igual que el de los trabajadores de Comisión Federal de Electricidad, que analizaremos a continuación.

<sup>86</sup> Las disposiciones contenidas en el contrato se hacen extensivas a los trabajadores de confianza.

### 3. Trabajadores de Comisión Federal de Electricidad

Tratándose de los trabajadores de CFE sean sindicalizados o de confianza, las relaciones laborales se regulan por el Artículo 123º, Apartado A, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal del Trabajo, reglamentaria del precepto constitucional citado, el contrato colectivo de trabajo y los reglamentos que emanan de dicho contrato. El régimen de seguridad social en CFE lo abordamos por considerarlo como modelo desarticulado en la protección de la seguridad social en el nivel contributivo, con la característica que, tratándose de los seguros de: <sup>87</sup> riesgos de trabajo, y los seguros de invalidez y vida, y las prestaciones en dinero así como las prestaciones en especie consistente en la atención médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica, se rigen por las disposiciones en esta materia contenidas en la Ley del Seguro Social, en virtud del convenio de incorporación voluntaria al régimen obligatorio, celebrado con el IMSS en 1979.

En los términos de este convenio, el IMSS se subroga en el otorgamiento de prestaciones en especie y en dinero, de manera que de resultar diferencias en especie o en dinero en el otorgamiento de las mismas, las diferencias superiores y acordes con el contrato colectivo de trabajo celebrado entre la CFE y el Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana, son cubiertas por esta empresa; organismo público descentralizado de la administración federal, por ello, para los efectos de este trabajo, los consideramos también como trabajadores al servicio del Estado y los incluimos en el primer subsistema de protección social.

En relación con las prestaciones en dinero comprendidas en el modelo pensionario, se rigen por el Contrato Colectivo de Trabajo celebrado por la CFE y el Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana -SUTERM- el que tomamos en cuenta, es el vigente para el periodo 2008-2010 cuyo contenido enseguida analizaremos y describiremos.

No es nuestra intención ahondar en los antecedentes referentes a la industria eléctrica en nuestro país, por ello en forma breve referiremos algunos datos

---

<sup>87</sup>Cláusula 60 del CCT vigente.

relacionados con esta industria, la creación de CFE y de su organización sindical.<sup>88</sup> La generación de energía eléctrica inició en México a fines del siglo XIX. La primera planta generadora que se instaló en el país en 1879 en León, Guanajuato, y era utilizada por la fábrica textil *La Americana*. En 1889 operaba la primera planta hidroeléctrica en Batopilas, Chihuahua.

A inicios del siglo XX la generación, conducción, distribución y abastecimiento de energía eléctrica en nuestro país, se llevaba a cabo por tres empresas privadas extranjeras: The Mexican Light and Power Company, The American and Foreign Power Company y la Compañía Eléctrica de Chapala.

En 1914, surgió el Sindicato Mexicano de Electricistas, con el propósito de conseguir mejores condiciones de trabajo para los trabajadores de la industria eléctrica, lo que fue difícil por la situación armada que prevalecía en el país. A partir de la promulgación de la Constitución de 1917 y de la regulación de las condiciones de trabajo contenidas en su artículo 123, el Sindicato Mexicano de Electricistas y la empresa Mex Light, firmaron un documento *Memorial* en septiembre de 1917, que es el antecedente del actual CCT. El Sindicato Mexicano de Electricistas se concentró en la Confederación Nacional Electricista en los años 20's del siglo pasado y que en la actualidad se conoce como SUTERM.

La CFE fue constituida el 14 de agosto de 1937,<sup>89</sup> entre cuyos objetivos se encontraban organizar y dirigir un sistema nacional de generación, transmisión y distribución de energía eléctrica, basado en principios técnicos y económicos, sin propósitos de lucro y con la finalidad de obtener con un costo mínimo, el mayor rendimiento posible en beneficio de los intereses generales, y persistían en el país en el desarrollo de la industria eléctrica las empresas extranjeras antes citadas.

---

<sup>88</sup> Las fuentes a las que acudimos para este punto esencialmente fueron el Contrato Colectivo de Trabajo celebrado por Comisión Federal de Electricidad y el SUTERM; Sánchez Sánchez, Víctor Manuel. *Surgimiento del sindicalismo electricista*, UNAM, IJJ, México, 1978 y página de Internet de CFE. Véase en: [www.cfe.org.mx](http://www.cfe.org.mx). Consulta marzo de 2010.

<sup>89</sup> Durante el período de gobierno del general Lázaro Cárdenas, puede consultarse a Hernández Chávez, Alicia, *Historia de la Revolución Mexicana. Periodo 1934-1940. La mecánica cardenista, México*. Ed. El Colegio de México, 1979, Vol 16. y la Ley promulgada en la Ciudad de Mérida, Yucatán el 14 de agosto de 1937 y publicada en el Diario Oficial de la Federación de 24 de agosto de 1937.

El 1º de diciembre de 1960, el entonces presidente Adolfo López Mateos, informó la decisión del gobierno mexicano de adquirir las empresas que prestaban servicios públicos de energía eléctrica en la zona central del país y que formaban el grupo integrado por The Mexican Light and Power Company. El 23 de diciembre de dicho año es histórico por la consumación de la nacionalización de la industria eléctrica. Así, el Estado mexicano adquirió los bienes e instalaciones de las compañías privadas y se inició la integración del Sistema Eléctrico Nacional, extendiendo la cobertura del suministro en todo el país.<sup>90</sup>

El CCT celebrado entre CFE y el SUTERM para el período 2008-2010, incluye condiciones de trabajo y prestaciones económicas superiores a las mínimas contenidas en la LFT y en la Ley del Seguro Social, respecto del seguro de retiro, CEA y vejez. Consta de 81 cláusulas que podemos ubicar en tres rubros: cláusulas complementarias a la gestión del patrón, las relativas a la productividad y por último las de impacto económico entre las que se incluyen las de seguridad social, en las que abordaremos las relacionadas con el esquema pensionario, cuyo contenido visualizamos de manera gráfica en la tabla 10 siguiente.

---

<sup>90</sup> A raíz del evento de la nacionalización de la industria eléctrica, la Constitución en su artículo 27, fue adicionada, reservando exclusivamente a la Nación, la facultad para generar, conducir, transformar, distribuir y abastecer energía eléctrica, cuyo objeto será la prestación de un servicio publicado en el DOF de 23 de diciembre de 1960; dispositivo vigente en la actualidad. También debemos expresar que en cuanto al régimen de jubilaciones, a partir de 18 de agosto de 2008, estará basado en cuentas individuales a cargo de Afores para la nueva generación de trabajadores y la portabilidad de derechos, con aportaciones del 5 por ciento patronal y 7.5 por ciento del trabajador, como se puede advertir del Tercer informe de gobierno Felipe Calderón Hinojosa, México, 2009.

Tabla 10.<sup>91</sup>

Contrato Colectivo de Trabajo 2008-2010-CFE-SUTERM

Jubilación	30 años de servicio sin limite de edad 25 años de servicio y 55 de edad para hombres
Jubilación	25 años de servicio, sin limite edad para mujeres
Jubilación	15 años de servicio sin limite de edad 28 años de servicio sin limite de edad Trabajadores en líneas vivas.
Jubilación	Por incapacidad permanente por riesgo de trabajo de 10 a 14 años de servicio con un 60 a 80%, de 15 – 20 años con 80% y de 21 a 30 años con un 82 al 100% del monto de pensión
Otras prestaciones contractuales cláusulas 65,66, 67 y 68 Prestaciones para jubilados; pensión mensual, aguinaldo anual 44 días del monto de pensión y prima legal de 25 días de salario por cada año de servicios. Prestaciones en especie IMSS.	Fondo de ahorro 6.5% mensual-trabajador mas 28% mensual de CFE, renta de casa 39% mensual CFE, Servicio eléctrico gratuito igual a 350 KWH mensuales, Fondo de habitación en 2009 por \$300,000,000.00 hasta llegar a \$3,103,900,000.00 lo maneja SUTERM y hasta 12,000 becas con montos de 6 y 7 salarios mínimos cada una.
Salario: conceptos de integración cláusula 30	Fondo de ahorro, ayuda renta de casa, tiempo extra constante, compensación por jornada nocturna, servicio eléctrico, prima dominical, porcentaje adicional a vacaciones, aguinaldo anual, cuota de transporte, cuota de arrastre, despensa, fondo de previsión, percepción diaria y solo para monto de jubilación a partir de 1998 la compensación de fidelidad igual a 1% anual por cada año de servicios.

<sup>91</sup> Elaboración propia. Fuente: Contrato colectivo de trabajo 2008-2010

### *E. Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro*

Por qué nos referimos a la LSAR. Su contenido no es reglamentario de alguna disposición constitucional. Se trata de una ley federal ordinaria, que forma parte de nuestro sistema jurídico y está vinculada directamente con las leyes de seguridad social que comprendemos en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, en los que ubicamos la primera dimensión de la hipótesis planteada.

La abordamos, porque la creación del ahorro para el retiro y del seguro de retiro, CEA y vejez, constituyen la columna vertebral del nuevo esquema pensionario, basado en el modelo de capitalización individual, que sustituyó al anterior modelo de reparto o fondo común. Por ello la ubicamos en este capítulo.

Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari, en febrero de 1992, mediante decreto,<sup>92</sup> se creó la figura *ahorro para el retiro*, como una prestación adicional en lo que sería el nuevo modelo de pensiones. Este decreto fue abrogado por el artículo transitorio segundo de la vigente Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, publicada en DOF de 23 de mayo de 1996. En julio de 1994, con anterioridad a ley vigente, se expidió la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, publicada en el DOF de 22 de julio de 1994, esta ley también fue abrogada por el artículo segundo transitorio de la vigente Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.

La creación primero del ahorro para el retiro, convertido después en el seguro de retiro y las leyes reguladoras del mismo, son los instrumentos jurídicos importantes que motivaron reformas en la Ley del Seguro Social de 1973, con la adición del Capítulo V-Bis al Título Segundo, con los artículos del 183-A al 183-S,<sup>93</sup> y ello provocó también reformas a la ley del ISSSTE de 1983.<sup>94</sup> La figura de ahorro para el

---

<sup>92</sup> Publicado en el DOF de 24 de febrero de 1992, que motivó la expedición de la vigente Ley del Seguro Social en enero de 1995, con la adición de lo que hemos denominado diversas figuras jurídicas en el sistema de ahorro para el retiro.

<sup>93</sup> Reforma publicada en el DOF de 24 de febrero de 1992, que se conoce como SAR original o SAR 92, esto lo mencionamos, porque en adelante solo haremos referencia a la ley del SAR vigente, en la que no se alude ya al SAR 92 o viejo SAR.

<sup>94</sup> La ley del ISSSTE de 1983, fue adicionada con el capítulo relativo al seguro de retiro, mediante la publicación de la Ley del SAR vigente, publicada en el DOF de 23 de mayo de 1996.

retiro se constituyó en el instrumento jurídico y financiero para dar nacimiento a las leyes vigentes en materia de seguridad social, la nueva Ley del Seguro de 1995 y la Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado de 2007.

El seguro de retiro, nació y permanece en la actualidad, como la aportación única y obligatoria a cargo del patrón o empleador, consistente en el equivalente al 2 por ciento del salario mensual base de los trabajadores, aportación que se deposita en la subcuenta de retiro, CEA y vejez, incluidas a la cuenta individual del trabajador, abierta originalmente en una institución bancaria elegida por el patrón. Esta cuenta individual, en un principio, sólo incluía las subcuentas de retiro, la de vivienda, en la que se deposita el 5 por ciento del salario mensual base del trabajador por el concepto de la prestación de vivienda y una última subcuenta, la de aportaciones voluntarias.

En el contexto socioeconómico de la creación de este seguro de ahorro para el retiro, el SAR surge como instrumento jurídico y financiero, entre otros con los siguientes objetivos: Incrementar el ahorro interno; incrementar las percepciones de los trabajadores, de manera que el patrón sostenía la carga de aportar el 2 por ciento del salario base mensual, para formar un ahorro disponible en el momento de retiro de la vida económicamente productiva; fortalecer y volver atractivas a las instituciones bancarias, que en el periodo de 1992 a 1996, también durante el periodo de Salinas de Gortari, se consolidaba el proceso de privatización de la banca, en sistema bancario en nuestro país; se fortalecería la banca, mediante la apertura de cuentas y clientes, lo que permitiría un volumen importante en la captación bancaria, muestra de ello fue, que en el proceso de apertura del SAR en 1992, se abrieron aproximadamente 10 millones de nuevas cuentas.

La Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro vigente,<sup>95</sup> contempla figuras propias de este nuevo modelo de capitalización individual, entre ellas: el seguro de retiro, la cuenta individual de ahorro en la que se comprenden: las subcuentas de retiro, integrada con el importe equivalente al 2 por ciento del salario base mensual de cotización de los trabajadores, CEA y vejez y cuota social; la del fondo de

---

<sup>95</sup> Publicada en el DOF de 23 de mayo de 1996



vivienda integrada con el 5 por ciento sobre la misma base salarial; la de aportaciones voluntarias y una última subcuenta, la de aportaciones complementarias, en las dos últimas subcuentas, podrán realizarse depósitos voluntarios de los trabajadores y de los patrones o empleadores.<sup>96</sup> Otras figuras contempladas en la ley vigente son: pensión: en la modalidad de renta vitalicia o retiro programado; el seguro de sobrevivencia que debe ser cubierto por los trabajadores con los recursos depositados en la subcuenta de retiro; el monto constitutivo, que es un concepto que determinará conforme con la nueva Ley del Seguro Social el IMSS; pensión mínima garantizada, a la que podrá acceder un trabajador, sólo en el supuesto de que los recursos que integran la subcuenta de retiro, CEA y vejez no sean suficientes y le permitan obtener una pensión; la cuota social, este es un concepto que se integra con aportación del Estado a través del gobierno federal y se utilizará en el supuesto de procedencia de pensión mínima garantizada; el concepto de suma asegurada, que deriva una vez realizadas las deducciones de seguro de sobrevivencia y pago de comisiones por administración de cuenta e inversión de recursos y es la que se tomará en cuenta con la empresa aseguradora en la celebración del contrato de seguro.

Otras figuras legales contempladas en esta ley, se refieren a los sujetos participantes: como las entidades financieras, entre ellas las AFORE y SIEFORE; la CONSAR, como órgano regulador y de vigilancia y cumplimiento del funcionamiento adecuado del sistema; la empresa operadora de la base de datos nacional SAR, propiedad del gobierno federal; contiene además un capítulo relacionado con delitos en materia del SAR; los requisitos y formas que debe cumplir el contrato de administración de fondos para el retiro y lo relativo al pago y cobro de comisiones por administración de cuentas individuales, así como por la inversión de los recursos de dichas cuentas y los requisitos, formalidades y garantías en los procesos de inversión de recursos.

---

<sup>96</sup> En el SAR original 92, la cuenta individual sólo se integraba por las subcuentas de retiro, vivienda y aportaciones voluntarias, las cuentas individuales se aperturaban en una institución bancaria elegida por el patrón y eran reguladas y operadas a través del Banco de México, es decir no se contemplaban las figuras de AFORES y SIEFORES ni la CONSAR, pues estas figuras surgieron mediante distintas reformas legislativas comprendidas de 1994 a 1996 y reguladas ya en la ley vigente.

No es nuestra intención referirnos detalladamente a todos y cada una de las disposiciones contenidas en la ley y que revelan un torbellino conceptual. Es oportuno que destaquemos algunas de las reformas a esta ley vigente, que se realizaron en diciembre del 2002, cuya trascendencia implicó dos aspectos importantes: uno referido a la distinción entre el viejo SAR o SAR 92, que se configuró por todas las aportaciones que se realizaron en las instituciones bancarias por parte de los patrones en favor de los trabajadores durante el período febrero de 1992 a junio de 1997; el otro aspecto, se refiere a que esta reforma, motivó lo que se denomina como nuevo SAR o SAR 97, conforme con el cual, los depósitos a las cuentas individuales regirán a partir del 1º de julio de 1997, con la característica de que a la subcuenta de retiro de la cuenta individual, se integrará no sólo por el concepto de ahorro para el retiro, ahora incluirá también en esta misma subcuenta, las aportaciones que correspondan al seguro de CEA, vejez y cuota social.

A nosotros, relacionado con el tema de investigación nos interesa, la figura el seguro de retiro, CEA y vejez, por ende, la subcuenta que comprende dichos conceptos y en la que se incluye el nuevo concepto de cuota social, por estar íntimamente vinculadas con el modelo pensionario de capitalización individual que sustituyó al antiguo modelo de reparto, en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, y por lo tanto en de la protección de la vejez.

Otro aspecto de la reforma a la ley vigente, que también aconteció el 25 diciembre de 2002, en cuanto al viejo SAR O SAR 1992 y el nuevo SAR 1997, que nos interesa destacar, se refiere a la utilización y destino de los recursos depositados en las cuentas individuales de los trabajadores, en la subcuenta de retiro, en el período de 1992 a 1997. De la reforma legal, advertimos de manera esencial que, las aportaciones que integraran la subcuenta del seguro de retiro comprendido en el SAR 92, período de febrero de 1992 a último de junio de 1997 –ahorro del trabajador financiado por el empleador- y sus rendimientos, deberían ser entregados al asegurado o sus beneficiarios legales, en una sola exhibición al momento de ser pensionado, o en el supuesto de no llegar a la edad del retiro, 60 y/o 65 años, en los términos de las leyes del seguro social de 1973.

En otras palabras, la reforma se tradujo en la devolución de los ahorros del período comprendido de febrero de 1992 a junio de 1997. Por lo tanto, no formarían parte del nuevo modelo pensionario del SAR, y desde nuestro punto de vista, no se trata de un seguro de retiro, sino en una prestación laboral patronal complementaria. La reforma obliga, a distinguir entre el viejo SAR o SAR 92 y el nuevo SAR 97, en vigor a partir del 1º de julio de dicho año, que es la fecha cuando entró en vigor la NLSS, y pudiéramos concluir que las aportaciones acumuladas en la subcuenta de retiro, en el primer período fueron ya devueltas o en vías de reclamación.

En la práctica, existen importantes demandas laborales, por la reclamación de devolución de los recursos del seguro de retiro, que se dirigen en términos generales al IMSS y a las AFORES. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, se ha pronunciado en el sentido, que la devolución procedente, sólo debe comprender los recursos depositados en la subcuenta de retiro –no los recursos del CEA y vejez y cuota social- y sólo los correspondientes al período de febrero de 1992 a 30 de junio de 1997.

Podemos concluir, que el nuevo modelo del SAR o SAR 97, contará a partir del 1º de julio de 1997, y entonces para poder tener derecho al seguro de retiro, CEA y vejez, previo cumplimiento de los requisitos de edad de 60 y 65 años respectivamente, además del cumplimiento de las 1,250 semanas de cotización o 25 años de antigüedad laboral. Éstos podrán cumplirse en el 2022, para las personas afiliadas en los dos subsistemas referidos, que serán las personas que inicien su vejez en dicho año y por lo tanto podrán hacer efectivo el seguro de retiro.

Otra de las reformas importantes, es la que se refirió a la existencia del denominado: *procedimiento de conciliación y arbitraje*, contenido en la LSAR vigente hasta 1999.<sup>97</sup> Este procedimiento fue establecido originariamente como instancia a la que podían acudir los trabajadores y/o beneficiarios, titulares de cuentas individuales, para resolver las controversias que se suscitarán en el reclamo de devolución de las aportaciones que integran sus cuentas de retiro, CEA y vejez, y

---

<sup>97</sup> Mediante reforma publicada en el DOF de 18 de enero de 1999, se derogó el Procedimiento de Conciliación y Arbitraje.

se contenía en los artículos 109 y 110, mismos que fueron derogados mediante decreto del Congreso de la Unión en 1999.<sup>98</sup>

La derogación de este procedimiento de conciliación y arbitraje, dio origen a la expedición y promulgación de la Ley para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y la creación de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros,<sup>99</sup> de manera que los conflictos o controversias que en el futuro se susciten entre los trabajadores titulares de cuentas individuales y las AFORES Y SIEFORES, por el manejo de cuenta individuales o derivadas de los contratos privados de seguro de retiro, serán atendidos y orientados por la citada comisión. Esto, desde nuestro punto de vista, representa un giro dimensional, pues los trabajadores o futuros pensionados, se han convertido en usuarios de servicios bancarios; ello también implica un giro en la normatividad o disposiciones legales aplicables, pues ahora, la legislación aplicable será la mercantil, en un aspecto derivado de la seguridad social, como lo es el derecho a obtener una pensión.

Asimismo, queremos mencionar que otra de las reformas a la LSAR vigente, en 2002, fue la realizada por el Congreso de la Unión.<sup>100</sup> Esta reforma en lo sustancial incluyó como sujetos participantes al igual que a las entidades financieras AFORES y SIEFORE, a los que denomina: sujetos participantes de la seguridad social, el IMSS, el ISSSTE y el INFONAVIT. También mediante ésta reforma, se otorgó autonomía técnica a la CONSAR, como órgano desconcentrado de la Secretaria de Hacienda y Crédito Público; y se adicionó la creación de un órgano denominado *Consejo de Pensiones*.

En diciembre de 2002,<sup>101</sup> durante la administración foxista,<sup>102</sup> como producto de las reformas ya expresadas a la LSAR, el gobierno federal determinó utilizar y asignar aproximadamente 20 millones de pesos, que integraban las subcuentas de SAR 92 o viejo SAR y que correspondieron al período febrero de 1992 a diciembre

---

<sup>98</sup> Idem.

<sup>99</sup> Publicada en DOF de 18 de enero de 1999.

<sup>100</sup> Decreto por el que se reforma y adiciona la *Ley de los Sistemas para el Retiro*, publicado en el DOF de 10 de diciembre de 2002.

<sup>101</sup> Publicada en DOF de 24 de diciembre de 2002.

<sup>102</sup> Véase: Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Las Afores*. Ed. Porrúa, México, 2004, p. 92.

de 2002, para sanear financieramente al extinto Banco de Crédito Rural, con aproximadamente once millones de pesos; ocho millones de pesos se destinarían para la creación de la ahora Financiera Rural y el resto, un millón de pesos, se destinaría como reserva financiera en el IMSS. Esta determinación del gobierno, se basó en que, dichos recursos estaban depositados en cuentas individuales que no tenían asignación de titulares o beneficiarios y además el plazo transcurrido de 1992 a 2002, fue de diez años, en tal supuesto, los recursos de las cuentas individuales que no tenían asignación de titulares o beneficiarios, ya habían prescrito, en los términos de la LSAR.

La CONSAR en 2007,<sup>103</sup> en relación con las bondades del nuevo sistema pensionario, derivado de la LSAR, expresó, que el sistema del SAR, ha generado confianza en el país, porque refleja un crecimiento sin precedentes del número de afiliados, de los recursos acumulados en las cuentas individuales al cierre de junio de 2007, que administraban las AFORES y alcanzaron un valor de \$1,129,420.9 millones, que sumados a los \$150,455 millones del SAR 92 de los afiliados al ISSSTE y los fondos manejados por el INFONAVIT, acumularan a dicho año, un ahorro para el retiro que representa 13.8 por ciento del Producto Interno Bruto del país.

Nosotros sostenemos, que el entramado normativo constituido por las leyes en materia de seguridad social, la vigente LSAR, la inclusión de la Ley para la Defensa de los Derechos de los Usuarios Financieros, los reglamentos y circulares emitidos y que emite la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la CONSAR, y todo el torbellino conceptual que de ellas deriva, constituyen un marco jurídico complejo, difícil en su comprensión, operación, funcionamiento y aplicación. Además, las constantes reformas sobre todo a la LSAR como las que hemos expresado, y la utilización y destino diverso de los recursos para las pensiones, por parte del gobierno federal, como aconteció en 2002, sin duda alguna generan desconfianza y falta de credibilidad, no sólo hacia los organismos y entidades financieras que

---

<sup>103</sup> Véase: Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, Informe Semestral al H. Congreso de la Unión sobre la situación del SAR Enero-Junio de 2007. [http://www.consar.gob.mx/otra\\_informacion/pdf/transparencia/informe\\_semestral\\_1\\_2007.pdf](http://www.consar.gob.mx/otra_informacion/pdf/transparencia/informe_semestral_1_2007.pdf). Consulta diciembre de 2009.

intervienen en este nuevo modelo pensionario, también en la administración del gobierno federal.

Relacionado con nuestro tema de la protección social de la vejez, es la rama reestructurada del seguro del retiro CEA y vejez, previsto en la NLSS, la ley del SSSTE vigente y la LSAR, de las que resaltamos los requisitos de edad de 60 y 65 años respectivamente que desde la primera Ley del Seguro Social de 1943, no han tenido variaciones; así como el requisito relativo a los tiempos de cotización, que variaron considerablemente, de un mínimo de 500 semanas de cotización o aproximadamente 10 años de antigüedad laboral cotizada; a un mínimo de 1,250 semanas de cotización; es decir, aproximadamente 25 años de antigüedad laboral cotizada; que una vez cumplidos tales requisitos se tendrá derecho a recibir prestaciones en dinero, como una pensión, con la modalidad de una renta vitalicia o retiros programados; que este nuevo sistema de pensiones, requiere de la celebración de un contrato celebrado con alguna compañía o empresa de seguros, de naturaleza privada; así como los gastos que representen el pago de seguro de sobrevivencia y comisiones por administración o inversión de recursos de las cuentas individuales, operados por las AFORES o SIEFORE, son con cargo exclusivo de los trabajadores titulares de las cuentas.

Toda vez que el seguro de retiro, se constituye sólo con la aportación patronal adicional del 2 por ciento del salario base mensual del trabajador, de esta manera el SAR, es un sistema de ahorro obligatorio sólo para los patrones, de contribuciones complementarias obligatorias en los seguros DE CEA y vejez, que recibirán los trabajadores afiliados al IMSS o ISSSTE previo cumplimiento de los requisitos legales ya citados. Por lo tanto, el nuevo sistema de pensiones, es una alternativa de ahorro voluntario para los trabajadores, y sólo de ellos dependerá la acumulación de recursos para una pensión futura; y un fondo estable de recursos a largo plazo, para ser empleado por el gobierno federal, en el financiamiento de proyectos que permitan el crecimiento de la economía y el empleo en nuestro país.

Por ello, este nuevo sistema de pensiones, se presenta como una de las reformas emprendidas por el gobierno federal, debido a que sus efectos tanto

económicos como sociales, se distribuyen en el tiempo a largo plazo. Estos efectos sean positivos o negativos, dependerán de la combinación de factores propios de un proceso tan complejo como el implicado por toda esta serie de reformas a las leyes de seguridad social y la Ley del SAR en relación con el seguro que citamos.

En las exposiciones de motivos de las reformas a las leyes en materia de seguridad social y la LSAR, se enfatizó que este nuevo sistema de pensiones, permitirá resolver problemas que enfrentaba el esquema de reparto o fondo común, llamado también de solidaridad intergeneracional; en especial el de la transición demográfica, por el envejecimiento de las personas, ya que este nuevo sistema, se sostiene, es viable financieramente, pues su diseño lo hace inmune a la referida transición demográfica por un lado y por otro lado, la relación entre contribuciones y los beneficios es clara, porque las aportaciones se acumulan en las cuentas individuales propiedad de sus titulares y constituyen los beneficios –futuros- del asegurado.

Sólo para darnos una idea del renovado esquema legal vigente, para la rama reestructurada del seguro de retiro, CEA y vejez, sin que incluyamos leyes en materia mercantil, imaginaremos una pirámide jurídica, en cuya cúspide ubicaremos la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en orden descendente la abundante y compleja normatividad involucrada, que debemos conocer o en su caso como acontece en la mayoría, interpretar y aplicar para hacer efectivo el derecho a las prestaciones de este seguro, en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, lo que hacemos en la siguiente forma,<sup>104</sup> y en la Tabla 11 siguiente:

Ley del Seguro Social de 1973, aún vigente para las pensiones en curso.

Nueve Ley del Seguro Social, vigente a partir del 1º de julio de 1997.

Ley del SSSTE de 1983, vigente para las pensiones en curso.

Ley del SSSTE de 2007, vigente a partir de 31 de marzo de 2007.

---

<sup>104</sup> Para la elaboración de este esquema nos apoyamos en Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Las afores el nuevo sistema de ahorro y pensiones*. Ed. Porrúa, México, 2004 y *Nuevo Derecho de la Seguridad Social*. 5ª, Ed. Porrúa, México, 2001.

Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, vigente a partir de 23 de mayo de 1996

Reglamento de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.<sup>105</sup>

Reglamento de pensiones y jubilaciones de los trabajadores del IMSS.

Reglas generales del orden administrativo o circulares dictadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la CONSAR, relativas a la operación del SAR.

- Reglas para la constitución de AFORE filiales, emitidas por el titular de la SHCP para fijar el marco normativo de instituciones financieras de capital extranjero.
- Circulares de la CONSAR que determinan las reglas generales y el procedimiento para: autorización para operar como AFORE y SIEFORE, fijación del régimen mínimo de capitalización, reglas sobre el cobro de comisiones por los servicios de administración de cuentas individuales; requisitos que deben reunir los agentes promotores de las AFORE, promoción de AFORES, reglas para la disposición y transferencia de los recursos depositados en las cuentas individuales a que deben sujetarse las afores y las empresas operadoras de la base de datos nacional SAR.

Ley para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.<sup>106</sup>

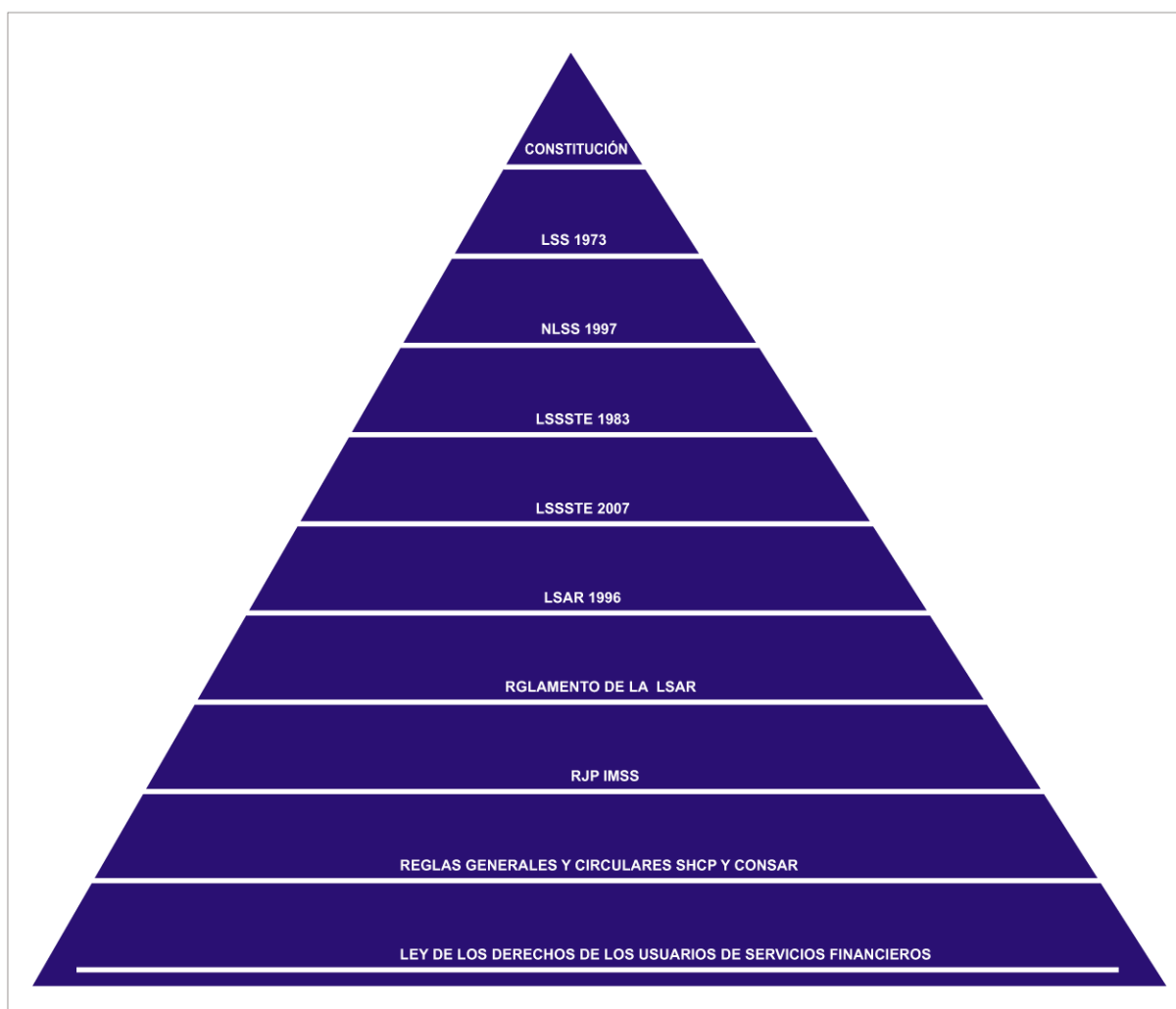
---

<sup>105</sup> Publicado en DOF de 30 de abril de 2004.

<sup>106</sup> Publicada en DOF de 18 de enero de 1999. Tiene por objeto básicamente la protección y defensa de los derechos e intereses del público usuario de los servicios financieros, que prestan las instituciones públicas, privadas y del sector social, entre ellos la defensa de los trabajadores sujetos al régimen de seguridad social nivel contributivo, en los conflictos que puedan presentarse por la administración e inversión de los recursos depositados en las cuentas individuales.



Tabla 11 Pirámide jurídica de los subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo



*F. Ausencia o vacío del concepto de vejez y entramado normativo en la protección de la misma*

Del estudio, análisis y descripción de las leyes, reglamentos y contratos que regulan la protección en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, en relación con la protección de la vejez advertimos que:

La norma Constitucional establece el derecho de la seguridad social en el nivel contributivo en el artículo 123º, apartado A, fracción XXIX y apartado B, fracciones XI y XIII. De las mismas, se desprende el derecho a gozar de un seguro de vejez en este nivel. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, la vejez en sí misma no está protegida, pues lo que se protege, son las consecuencias que en el plano económico pudiera tener, es decir, el retiro de la actividad laboral o en su caso la pérdida de ingresos económicos, al cumplir determinada edad y tiempo de contribución.

Podemos subrayar que el texto constitucional en cuanto al término vejez protegida, el legislador se caracteriza por una ausencia o vacío en el concepto de vejez, pues literalmente sólo refiere el término *seguro de vejez* ligado a los subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

De las disposiciones relativas en las leyes de seguridad social, a las que hemos hecho referencia y que ubicamos en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, encontramos la misma línea de ausencia o vacío en el concepto de vejez y su regulación se establece sólo en el régimen obligatorio de la rama o seguro de vejez, con las características de una edad laboral o contingencia laboral; es decir, sólo se protege las consecuencia que se producen después de determinado tiempo de actividad laboral y llegado el cumplimiento de determinados años edad que pudieran implicar, disminuciones físicas o mentales que impiden continuar laborando.

En dicho seguro, la vejez se ha visualizado por el sólo hecho biológico de cumplir 65 años de edad, que para nosotros, representa sólo el inicio de esta etapa de vida; y además para acceder a prestaciones en dinero como una pensión, el cumplimiento del requisito mínimo de 500 o 1,250 de semanas de cotización. De esta manera, el hecho protegido en sí mismo, es la consecuencia de la vejez y con ella la pérdida de ingresos que permitan la subsistencia posterior a la edad de 65 años o bien como un derecho legal al descanso físico o mental. Este requisito de la edad, desde la primera Ley del Seguro Social en 1943, no ha variado.

Desde nuestro punto de vista, en ambos subsistemas de la protección de la seguridad social en el nivel contributivo, prevalecen aspectos del modelo bismarckiano de protección social, con la limitación a personas aseguradas y contribuyentes y sus beneficiarios; y sólo en el régimen voluntario del primer subsistema, referente a las prestaciones sociales y los servicios de solidaridad social, existen aún elementos del modelo beveridgiano de protección social.

En relación con la Ley de los Sistemas de Ahorro para el retiro, aplicable en ambos subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, podemos concluir, que el nuevo modelo de pensiones que emana de esta ley y de las leyes de seguridad social, es el resultado de un proceso complejo de aplicación de políticas públicas, que obedeció a factores internos de los instituciones de seguridad social, que se refieren fundamentalmente a desequilibrios actuariales y económicos y que originaron presiones financieras sobre los mismos, por la carencia de fondos de reserva, que les permitieran viabilidad a sus esquemas de financiamiento. También influyeron factores externos, el más relevante, quizá, se refiere a la transición demográfica, entendida por el aumento de las personas en edades para obtener una pensión y el tiempo durante el cual han disfrutado de pensiones; además los procesos de reformas en el sistema financiero mexicano, en especial la transición del modelo de banca expropiada al modelo de privatización de la banca.

Este nuevo modelo de pensiones, en vigor a partir de julio de 1997, sustituyó el modelo antiguo de reparto o fondo común, por un esquema o modelo de capitalización basado en cuentas individuales, columna vertebral del nuevo modelo

de pensiones, en el cual sólo es obligatorio el ahorro para el patrón, pues es voluntario ahorrar o no para los trabajadores. En ambos subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, advertimos la figura de una *pensión mínima garantizada*,<sup>107</sup> con aportación única del Estado a cargo del gobierno federal, a través de la llamada *cuota social*. Sin embargo, se trata de una prestación a futuro o largo plazo, sólo exigible por aquellos trabajadores que habiendo realizado sus aportaciones a la cuenta individual, los recursos en ellas existentes, no sean suficientes para que obtenga una pensión en la modalidad de renta vitalicia o retiros programados. Es decir, se trata de una prestación de seguridad social solo en el nivel contributivo, en la que el Estado mantiene una relación mínima de garante de dicha prestación en el futuro.

Por lo tanto el SAR, además de un instrumento jurídico, es de manera esencial, un instrumento económico y financiero para la acumulación de fondos y recursos, que a muy largo plazo, podrá garantizar el derecho a una pensión a los trabajadores o sus beneficiarios en estos dos subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, previo el cumplimiento de requisitos de edad y tiempos de cotización; entre tanto, un instrumento económico importante del sistema financiero mexicano.

Resulta relevante la ausencia o vacío legislativo en el concepto de vejez. Por ello, nosotros elaboramos un concepto o aproximación al concepto de vejez, que precisamos en la primera parte de este trabajo, en el capítulo III, relativo al marco conceptual específico. Asimismo, la heterogeneidad de los institutos de seguridad social, no en cuanto a su naturaleza de institutos de salud, sino respecto de la diversa naturaleza de las prestaciones en especie y en dinero que regulan; la variabilidad en el cumplimiento de requisitos en edad y tiempos de cotización para tener derecho al seguro de vejez y sin duda alguna, la abundante, compleja y desarticulada normatividad, tanto en el aspecto de la seguridad social como en el económico o financiero. Desde nuestro punto de vista, éstos factores jurídicos, de política económica o financiera, estructurales y operativos, inciden en la insuficiencia

---

<sup>107</sup> Vease: Ruiz Moreno, Ángel Guillermo. *Las afores el nuevo sistema de ahorro y pensiones*. Ed. Porrúa, México, 2004. En relación con la pensión mínima garantizada, en el nuevo sistema de pensiones.

de la protección social de la vejez, considerada ésta en sí misma, como un hecho biológico, como un hecho jurídico y social y como un estado o situación de necesidad, no sólo como una edad laboral y las probables consecuencias de esta etapa de la vida en las personas.

Para concluir este capítulo, y relacionado con la insuficiencia de la protección social de la vejez, en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y en el derecho de la salud, aspecto en el que han insistido el director y cotutor de este trabajo de investigación, haremos referencia a algunos datos relacionados primero con la población en general y después con las personas asegurados o derechohabientes de la seguridad social, en específico de las personas viejas a quienes se dirige el seguro de vejez, en el régimen obligatorio de las Ley del Seguro Social de 1973 y la LSSSTE de 1983 y en los modelos desarticulados de protección social; así como las diferencias y variabilidades en los insuficientes montos o cantidades que comprenden las pensiones.<sup>108</sup> Para la obtención de los datos, tomamos en cuenta el II Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2005, y los obtenidos en forma actualizada a 2008 en los institutos de seguridad social.

En 2005, el volumen de la población mexicana ascendió a 103.3 millones de personas, cuya estructura por sexo fue 51.3 por ciento de mujeres y 48.7 por ciento de hombres. De esta población, las personas adultas mayores de 60 años y más, sumaron 8 338 835 millones, equivalente al 8.3 por ciento de la población total.<sup>109</sup>

Del total de la población, los resultados del II Censo de Población y Vivienda INEGI 2005, muestran que sólo el 47 por ciento, cuenta con acceso a los servicios de

---

<sup>108</sup> Nos referiremos sólo a las dos instituciones de seguridad social que por su cobertura afilián al mayor número de trabajadores, tanto en el sector privado a través del IMSS, como en el sector público con el ISSSTE. Omitimos la referencia a modelos desarticulados, en los casos específicos de PEMEX, CFE, trabajadores del IMSS, genérica en cuanto personas y montos de pensiones. En relación con el derecho de la salud, no incluimos a la población o personas, cubierta por el IMSS a través del programa IMSS oportunidades, que es un programa enfocado a población rural e indígena y su esencia es de protección en servicios de salud cuyo financiamiento es esencialmente público. En relación con el tema de la insuficiencia económica de las pensiones Véase: Ham Chande, Roberto. *El envejecimiento en México: El siguiente Reto de la transición demografía*. Ed. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México, 2003, Instituto Mexicano de Ejecutivos de Finanzas, IMEF. *Sistemas de Pensiones en México, Perspectivas Financieras y posibles soluciones*. México, 2006

<sup>109</sup> INEGI. *Hombres y Mujeres en México*. 11ª. México, 2007, pp. 3-11, Con base en el II Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2005.

salud y seguridad social, inscritos al régimen de seguridad social en el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR, SEGURO POPULAR y otras; instituciones de las cuales el IMSS cubre el mayor porcentaje de población, a partir de 2005 con importante tendencia de crecimiento a la cobertura de servicios de salud por el seguro popular de salud.<sup>110</sup> Para efectos metodológicos, el INEGI determina como rubros: IMSS, ISSSTE y PEMEX, SEDENA Y SEMAR. Este último rubro, nosotros lo llamamos PEMEX- ISSFAM.

En el 2005, había en nuestro país más de 8 millones de personas de 60 años y más. Su ritmo de crecimiento fue el más importante de todos los grupos de edad y solo 1 de cada 5 personas, gozaban de algún tipo de pensión. De éstos, el 61.7 por ciento eran hombres y el 38.3 por ciento mujeres; de manera que del total de esta población, sólo el 22.3 por ciento tenía el derecho para disfrutar de una pensión y el 77.7 por ciento, carecía de algún tipo de pensión. El monto de las pensiones, oscilaba en términos generales, de uno a dos salarios mínimos y de manera excepcional, más de dos salarios mínimos. Un salario mínimo equivalente a \$1,416.00 mensual, como promedio aritmético de las tres zonas salariales en el país.<sup>111</sup>

De acuerdo con la información y proyección elaborada por el IMSS, podemos dimensionar primero, el número de población asegurada mayores de 60 años y más que cuentan con servicios de salud y prestaciones en dinero como una pensión, en este primer subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, lo que apreciamos en la tabla 12 siguiente;<sup>112</sup> y en segundo lugar, la estructura de la población derechohabiente, en la que se distingue a los asegurados, familiares de asegurados o derechohabientes, pensionados y familiares de pensionados, como lo describimos en la tabla 13.

---

<sup>110</sup> Ibidem p. 361 – 365.

<sup>111</sup> INEGI. *Hombres y Mujeres en México*. 11ª, México, 2007, pp. 357-379

<sup>112</sup> Elaboración propia con fuente en: Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales, IMSS. Véase: [www/imss.gob.mx/NR/rdonlyres/0EC806DD.../parievaluacion2007.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/0EC806DD.../parievaluacion2007.pdf). Consulta marzo de 2010.

Tabla 12. Proyección de la población de derechohabientes sólo mayores de 60 años, usuarios de los servicios médicos del IMSS, 2007 – 2012

Población	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hombres	1,070,566	1,104,969	1,141,326	1,179,898	1,220,900	1,263,962
Mujeres	1,158,484	1,214,012	1,273,153	1,335,511	1,400,863	1,468,816
Total	2,229,050	2,318,981	2,414,480	2,515,410	2,621,764	2,732,778

Tabla 13.<sup>113</sup>

Estructura de la población derechohabiente IMSS. 2004-2008

Años	Población total	Asegurados	Familia de asegurados	Pensionados	Familia pensionados
2004	43 006 567	16 229 292	22 661 789	2 215 514	1 899 972
2005	44 531 980	16 850 540	23 410 095	2 304 764	1 966 581
2006	46 636 136	17 736 537	24 506 514	2 380 425	2 012 660
2007	48 650 487	18 605 440	25 459 948	2 491 061	2 094 038
2008	48 909 705	18 750 320	25 436 773	2 567 995	2 154 617

En el IMSS, la pensión mínima legal en la ley de 1973 a febrero de 2002, fue de \$1,282.06 pesos mensuales. A partir de la nueva ley de 1995, de \$1,410.87 pesos. Las pensiones en la ley de 1973, se actualizaban conforme al incremento en el salario mínimo y en la NLSS, de acuerdo con el Índice Nacional de Precios al Consumidor. A partir de febrero de 2002 ambas se incrementan conforme al Índice Nacional de Precios al Consumidor.<sup>114</sup>

En el IMSS, en relación con el RJP, a diciembre de 2007, el número de jubilados y pensionados fue de 160,220, cifra a la que se añadieron los 975

<sup>113</sup> Fuente: Coordinación de Afiliación al Régimen Obligatorio. Coordinación de Prestaciones Económicas. Memoria -Estadística del IMSS 2208. Véase: [www.imss.org.mx/estadística/finanzas/m\\_est2008.cp\\_2.htm](http://www.imss.org.mx/estadística/finanzas/m_est2008.cp_2.htm). En la columna de pensionados se incluyen pensiones directas por invalidez, CEA y vejez; en el 2008 existían 281,458 pensiones en curso de pago, es decir bajo el régimen de la ley de 1973, de acuerdo con la fuente: Coordinación de Prestaciones Económicas.- Anuario Estadístico de Pensionados; Sistema de Pensiones "SPES". Véase: [www.imss.org.mx/anuarioestadisticodepensionados2008.htm](http://www.imss.org.mx/anuarioestadisticodepensionados2008.htm). Consulta marzo de 2010.

<sup>114</sup>Véase: [www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/803FDE8E-2E454085-AAF2-D51964201A3F/0/cap.3.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/803FDE8E-2E454085-AAF2-D51964201A3F/0/cap.3.pdf)

trabajadores en trámite de obtener pensión.<sup>115</sup> De éstos, 830 son pensiones por jubilación y 76 de pensión por invalidez. No se reportó ninguna en trámite por vejez. Las cuantías de la pensión, oscilaron de un promedio de 11.5 a 12.5 veces el salario mínimo vigente en el D.F., para asegurados o beneficiarios directos, y para los beneficiarios indirectos, una cuantía promedio mensual de 4.7 veces el SMGVDF. Los afiliados al RJP, reciben como pensión un ingreso mensual aproximado de \$9,266 pesos, en tanto un afiliado ordinario obtiene, o bien una pensión mínima equivalente a uno o dos SMGVDF o hasta por \$6,266.00, en atención al salario cotizado y al tiempo de cotización.<sup>116</sup>

En el ISSSTE, de acuerdo con información actualizada a 2008,<sup>117</sup> el instituto cuenta con una población de 734,350 personas, que disfrutaban una pensión en los distintos seguros de jubilación, retiro, CEA, invalidez, por muerte o riesgos de trabajo. De ellas, por jubilación son 428,970; es decir, el 58 por ciento del total y por retiro por edad y tiempo de servicios, que equivaldría a la pensión por vejez, son 145,337 personas, es decir, el 19 por ciento. La edad en promedio de los pensionistas,<sup>118</sup> es de 63 años y el tiempo de duración de las pensiones en promedio es de 20.3 años.

En el monto de las pensiones mensuales en el ISSSTE, se distingue entre una pensión mínima equivalente a \$1,577.70, una pensión promedio de \$6,861.10 pesos y una pensión máxima de \$15,777.00.<sup>119</sup>

Así, concluimos que en la protección social de la vejez, existen dos subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, que vinculamos con la primera dimensión de la hipótesis planteada. El primer subsistema está constituido por la población y entre ellas las personas viejas de 65 años o más, que deriva de la regulación del Artículo 123º Constitucional, Apartado A, Fracción XXIX y sus leyes reglamentarias: la Ley del Seguro Social de 1973, vigente aún y la NLSS, que cubren a todas aquellas personas afiliadas al IMSS y que se conocen

---

<sup>115</sup> Véase: [www.imss.gob.mx/memoriaestadística/2008/cap.V/valuación del pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón RJP](http://www.imss.gob.mx/memoriaestadística/2008/cap.V/valuación%20del%20pasivo%20laboral%20del%20Instituto%20en%20su%20carácter%20de%20patrón%20RJP). Consulta marzo de 2010.

<sup>116</sup> Idem.

<sup>117</sup> Véase: [www.issste.gob.mx/pensiones/issste/montos de pensión](http://www.issste.gob.mx/pensiones/issste/montos%20de%20pensión). Consulta marzo de 2010.

<sup>118</sup> Se utiliza el término pensionistas en lugar de pensionados, entre ellos se encuentran el beneficiario directo que obtuvo la pensión y sus beneficiarios indirectos, que da lugar a pensiones por viudez y orfandad.

<sup>119</sup> Véase: [www.issste.gob.mx/pensiones/issste/montos de pensión](http://www.issste.gob.mx/pensiones/issste/montos%20de%20pensión). Consulta marzo de 2010.



como trabajadores formales o del sector privado, es decir, aquellas personas que en virtud del vínculo laboral han ingresado al régimen obligatorio previsto en dichas leyes; que otorgan a los asegurados directamente y a sus beneficiarios, las prestaciones en especie como: atención médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica; y en dinero como: subsidios, asignaciones familiares y pensiones; que derivan de los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida, el retiro, CEA y vejez, guarderías y prestaciones sociales.

En este primer subsistema, en atención a la vigencia de ambas leyes, distinguimos en el caso específico del seguro de vejez, a las personas comprendidas o sujetas al régimen obligatorio de la ley de 1973; es decir, a las que han obtenido o están en posibilidad de obtener, además de las prestaciones en especie, las prestaciones en dinero consistentes en pensiones. Asimismo, precisamos los insuficientes montos de una pensión mínima garantizada.

Respecto al régimen de la NLSS, que implica un nuevo modelo de pensiones, subsiste el derecho de las personas afiliadas a partir de 1997, a obtener prestaciones en especie y las prestaciones en dinero, consistentes en forma básica en el derecho a obtener una pensión, a través del nuevo modelo de capitalización mediante cuentas individuales. Podemos afirmar, que en el período comprendido en esta investigación, no existen aún personas viejas que se hayan acogido a los beneficios de una pensión en esta modalidad, toda vez que sus implementación, operación y funcionamiento es a largo plazo de más de veinticinco años y sólo han transcurrido trece años de la implementación del SAR 97, por lo que las catalogaremos como las personas que en un futuro, en el 2022, tendrán derecho a una pensión en este último supuesto.

También advertimos que en este primer subsistema, del total de personas mayores de 60 años que disfrutan de prestaciones de servicios de salud y el derecho a una pensión, por parte del IMSS, el instituto afronta una serie de dificultades esencialmente financieras, de viabilidad e infraestructura hospitalaria y médica, que afectan el otorgamiento de dichas prestaciones y cuya problemática se sitúa en los fenómenos de la transición demográfica y epidemiológica.

La población o personas protegidas en este primer subsistema, las representamos en forma gráfica en la tabla 14 siguiente.<sup>120</sup>

Tabla 14. Derechohabientes en el primer subsistema de protección social

Años	Población total	Asegurados	Fam. asegurados	Pensionados	Fam. pensionados
2008	48 909 705	18 750 320	25 436 773	2 567 995	2 154 617

En el segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, que emana del artículo 123º Constitucional, Apartado B, Fracción XI, ubicamos a los trabajadores del sector público, que se encuentran afiliados al ISSSTE en el ámbito federal, en el régimen obligatorio, en el que se comprenden los seguros de retiro por edad y años y de servicio, que sustituyó al seguro de vejez, el de CEA, enfermedades y maternidad, guarderías y otras prestaciones sociales.

En este segundo subsistema, también incluimos a los trabajadores de los organismos como PEMEX, e ISSFAM. Sin embargo, tienen regímenes especiales en cuanto a los derechos de la salud, referente a prestaciones en especie consistentes en atención médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica, la que se brinda mediante unidades de salud y hospitalarias dependientes de dichos organismos, también en cuanto a los derechos para obtener pensiones, cuentan con regímenes especiales, cuyo financiamiento es público.<sup>121</sup>

En este segundo subsistema, respecto de las leyes del ISSSTE, también distinguimos entre los beneficiarios del régimen obligatorio de la anterior ley de 1983 y los futuros a partir de la ley vigente de 2007; así como las prestaciones en especie consistente en la atención médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica y las prestaciones consistentes en dinero en especial las pensiones. Respecto de la protección social de la vejez, en el régimen obligatorio de la ley vigente a partir de

<sup>120</sup> Véase: [www/imss.gob.mx/estadística/financiera/m\\_est.2008.cap2.htm](http://www.imss.gob.mx/estadística/financiera/m_est.2008.cap2.htm). Memoria estadística del IMSS 2008. Consulta marzo de 2010.

<sup>121</sup> De acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005 el número de personas 60 años y más comprendidas entre el ISSFAM (SEDENA Y SEMAR) y PEMEX fue de 123,815.

2007, hicimos igual observación que en la NLSS, en cuanto a la aplicación de la LSAR, pues con la ley vigente, se transitó hacia un modelo de pensiones, basado en la capitalización mediante cuentas individuales; por lo tanto, la viabilidad y funcionalidad de dichas reformas se visualiza en un futuro, para el 2030, por ello nos enfocamos en datos referentes a las personas viejas, con derecho a dichas prestaciones en lo que se denomina pensionados actuales y pensiones en curso.

La población cubierta con prestaciones en especie y en dinero en este segundo subsistema, cuyo financiamiento es bipartito con cargo a los trabajadores asegurados y al gobierno federal como patrón, lo representamos en forma gráfica en la tabla 15 siguiente.<sup>122</sup>

Tabla 15. Derechohabientes en el segundo subsistema de protección social

Años	Población total	Asegurados	Fam. asegurados	Pensionados	Fam. pensionados
2008	11 300 744	2 542 307	7 383 748	666 654	708 035

De esta manera, inferimos en términos generales, que la población mexicana protegida o afiliada al primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, constituye un 60 por ciento de la población total del país; por lo tanto, el 40 por ciento restante, que carece de esta protección social en ambos subsistemas, se le conoce como población o personas sin derechohabencia o sin acceso a los servicios públicos de salud. Estos porcentajes los visualizamos de manera gráfica en la tabla 16 siguiente.

<sup>122</sup> Elaboración propia: Fuente: Anuario Estadístico 2008 del ISSSTE. Véase: [www.issste.gob.mx/issste/anuarios.anuarioestadistico.1999-2008](http://www.issste.gob.mx/issste/anuarios.anuarioestadistico.1999-2008). Consulta marzo de 2010.

Tabla 16.<sup>123</sup> Subsistemas de protección social

Población total	Primer Subsistema IMSS	Segundo Subsistema ISSSTE	Tercer Subsistema SSA-SESA población abierta
103 263 388	48 909 705	11 300 744	43 052 939

En la tabla 16 anterior, observamos, que del total de la población que existe en nuestro país, 103,263 388 millones de personas, sólo el 60 por ciento, es decir 60,210 449 se encuentran comprendidas entre los dos subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo; y existe un 40 por ciento restante, es decir 43, 052 939 de mexicanos, que no cuentan ni tiene acceso a ninguna de estos dos subsistemas de protección social.

Este último sector de la población, antes de 2003 se le denominada *población abierta*, en la actualidad *población socialmente protegida* y será el que analizaremos y describiremos en el capítulo siguiente, al referirnos al tercer subsistema de protección social en salud, con enfoque al acceso efectivo de la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona y que vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada.

La protección en salud de este sector de la población, motivó las reformas a la Ley General de Salud en 2003, con la adición relativa al Sistema de Protección Social en Salud y el seguro popular de salud como su brazo operativo, con particularidades propias y muy específicas, nuestro tercer subsistema de protección social, que está enfocado a la población o personas que no cuentan o no tienen acceso a los dos subsistemas antes expresados, por lo tanto, tampoco tienen acceso

---

<sup>123</sup> Elaboración propia con datos y estadísticas de las fuentes precisadas en las tablas 13, 14 y 15, supra; con la aclaración de que a partir de las reformas a la Ley General de Salud en 2003, lo que se denominaba población abierta se sustituyó por familias aseguradas, o población socialmente protegida, en el sistema de protección social en salud, a través del seguro popular de salud o el programa IMSS Oportunidades. Los servicios de atención médica se proporcionan con la infraestructura hospitalaria y médica de la Secretaría de Salud y los sistemas estatales de salud.

a prestaciones en dinero, como una pensión de naturaleza a la comprendida en el primer y segundo subsistema de la seguridad social en el nivel contributivo.

En este tercer subsistema distinguiremos los grupos de edad ubicados en 60 años o más, así como el seguro popular de salud, como instrumento operativo y financiero del sistema de protección social, y lo referente a la prestación de servicios de salud en el programa IMSS Oportunidades, dirigido en forma preferencial a la población rural e indígena.

El financiamiento en este tercer subsistema, es público, proviene de impuestos y se programa anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Ante la carencia de un modelo pensionario en este subsistema, haremos referencia a algunos programas federales; entre ellos: IMSS Oportunidades; OPORTUNIDADES, que derivó del PROGRESA y en forma especial a su componente el programa 70 y más, que consisten en la entrega o transferencias en dinero, como apoyos asistenciales, dirigidos de manera preferente a la población rural o indígena ubicada en el territorio nacional en zonas de marginación,<sup>124</sup> que se focalizan como programas de combate a la pobreza alimentaria.

Los anteriores programas tienen su génesis en los Planes Nacionales de Desarrollo: 2000-2006 y 2007-2007, cuya elaboración, ejecución y cumplimiento deriva del mandato contenido en el Artículo 26º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. De estos PND también derivan los programas nacionales y sectoriales de salud, que emite la Secretaría de Salud en el nivel federal, que vinculamos con este tercer subsistema de protección social en salud.

---

<sup>124</sup> Es conveniente recordar que el actual IMSS Oportunidades, data desde 1979 y el PDHO emana del Plan Nacional de Desarrollo 2000-2006 con Vicente Fox, del cual derivó el programa OPORTUNIDADES, con los subprogramas de Apoyo a Adultos Mayores y 70 y más, que se dirigen de manera esencial al combate a la pobreza en áreas rurales, indígenas o urbanas de alta marginación; son operados por la dependencia federal Secretaría de Desarrollo Social, conjuntamente con datos proporcionados por el CONAPO e INEGI, para la ubicación de la población a quienes se dirigen los programas de referencia.

CAPÍTULO II

INSUFICIENCIA DE LA PROTECCIÓN EN EL  
TERCER SUBSISTEMA DE PROTECCIÓN  
SOCIAL EN SALUD

### *A. Nociones previas*

Hemos dejado precisado que, en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, 60,210 449 millones de personas se encuentran inscritas o afiliadas en dichos subsistemas. Por ello cuentan con una cobertura de servicios de salud por parte de algunas de las instituciones de seguridad social comprendidas en los dos subsistemas de la seguridad social, y pueden tener acceso a la atención médica de los servicios de salud.

También, que 43,052 939 millones de personas, no son derechohabientes de alguna institución de seguridad social. En el país de la población total, 8,338 835,<sup>1</sup> personas conforman el grupo de 60 años y más, de las cuales 3,000.000 están afiliadas o inscritas en alguno de los dos subsistemas de protección de la seguridad social, como asegurados o pensionados directos o beneficiarios. Por lo tanto, a 2005, existe un grupo poblacional de 5,000 000 de personas en este rango de edad,<sup>2</sup> es decir, de personas viejas, que no cuentan con cobertura o acceso a los servicios de salud. Es precisamente a estas personas viejas, hacia quienes desde nuestra perspectiva, dirigimos el análisis y desarrollo de la investigación en este capítulo, y que llamaremos como tercer subsistema de protección social en salud, en el nivel no contributivo, con enfoque al acceso efectivo de la atención médica en los servicios públicos de salud a la persona y vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada.

---

<sup>1</sup> Fuente: INEGI, II Censo de Población y Vivienda INEGI, México, 2005

<sup>2</sup> Debemos destacar que del total de las personas sin cobertura de servicios de salud es el citado 43,052 939 y entre ellas se ubican las 5,000,000 de personas viejas, que expresamos. Este número de personas, resulta de deducir a los 8,338,835 persona las 3,000,000 de personas en la categoría de pensionados o jubilados, en ambos subsistemas de la seguridad social, como podemos advertir del contenido de las tablas 14 y 15 del capítulo I, de esta segunda parte del trabajo.

En nuestro sistema jurídico, partimos del derecho constitucional de la salud, previsto en el artículo 4º de nuestra Constitución y su ley reglamentaria, la Ley General de Salud; en especial la reforma a la misma mediante la cual se adicionó el Título Tercero Bis, relativo al Sistema de Protección Social en Salud, los mecanismos de operación, funcionamiento y cobertura del mismo, incluido el seguro popular de salud. Sistema de protección que legalmente constituye el tercer pilar de la seguridad social, con enfoque a la cobertura de servicios de salud de atención médica, dirigido a la población no derechohabiente.

Este tercer subsistema de protección social, no prevé el derecho a recibir prestaciones en dinero, como las pensiones contempladas en los dos subsistemas de seguridad social en el nivel contributivo. Por ello, en este mismo contexto legal, abordaremos el programa institucional IMSS oportunidades y el Programa OPORTUNIDADES del que deriva el componente 70 y más. También haremos referencia a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que entró en vigor en julio de 2002, como legislación específica importante, en la que se contienen entre otros derechos, los relativos a la atención a la salud de los mayores de 60 años y más

Asimismo, en forma general, haremos referencia a los Planes Nacionales de Desarrollo 2000-2006 y 2007-2012, que dieron pie; el primero de ellos, a la creación legislativa del SPSS; y ambos por la continuidad en los Programa IMSS Oportunidades; Programa Oportunidades y su componente, programa de 70 y más. Estos programas se focalizan a personas en pobreza y pobreza extrema. Se trata de programas de combate a la pobreza alimentaria y los apoyos económicos que proporcionan se destinan a la adquisición de alimentos. También de los PND, derivan los programas nacionales y sectoriales en materia de salud, que tomaremos en cuenta en el desarrollo de este capítulo.

Para dimensionar la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y relaciones de coordinación entre órdenes de gobierno federal y local para el acceso efectivo a la atención médica en los servicios públicos de salud a la persona, consideramos importante, primero determinar en el nivel nacional, por región y entidad federativa y municipio, la cobertura de acceso de las personas de 60 años y



más; después en forma específica, en aquellas áreas geográficas o metropolitanas, donde existen mayores concentraciones o densidad de este grupo de personas viejas. Así, estaremos en posibilidad de evidenciar tal fragmentación y dispersión, que incide en el acceso real o efectivo a la atención médica y por lo tanto en la insuficiencia en la protección social.

## 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El 3 de febrero de 1983, se publicó en el Diario Oficial de la Federación una reforma constitucional, por medio de la cual se añadió un nuevo párrafo, hoy tercero, al artículo 4º, para incluir el derecho a la protección de la salud, cuyo texto vigente es el siguiente:

*Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.*

Además de establecer este derecho social, el Estado asumió un papel regulador con la expedición de la Ley General de Salud vigente.<sup>3</sup> En ella se asume, que el derecho a la protección de la salud, es fundamental para el desarrollo integral del ser humano y de la sociedad. Se señalan como finalidades el fomento en la población de actitudes racionales, responsables y solidarias que, basadas en el conocimiento de los efectos de la salud sobre la vida individual y social, contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida.<sup>4</sup>

## 2. Ley General de Salud

La Ley General de Salud regula una serie de actividades, que inciden directa e indirectamente sobre el ejercicio del derecho a la protección de la salud. Establece

---

<sup>3</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 7 de febrero de 1984, reglamentaria del párrafo tercero del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y reformada 2003, para la implementación del Sistema de Protección Social en Salud, reforma publicada en el DOF de 15 de mayo de 2003.

<sup>4</sup> Art. 2º, de la Ley General de Salud vigente, que precisa las finalidades del derecho a la protección de la salud, entre ellas el disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

funciones generales y específicas para garantizar éste derecho; entre las primeras: ser elemento moderador entre los intereses de la sociedad y los del individuo; ser el medio por el cual el gobierno, adopta medidas para responder al progreso de la ciencia y la tecnología; y garantizar la equidad en la prestación de servicios.

Entre las funciones específicas, se encuentran: ejecutar programas y servicios para fomentar la salud; regular la asignación de los recursos y vigilar la calidad de la atención y de los productos para uso y consumo humano.

La ley define como servicios de salud: *todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad*. De acuerdo con esta definición, los servicios de salud son clasificados en tres tipos: 1. Atención médica; 2. Salud pública y 3. Asistencia social. Las acciones de salud pública a diferencia de las de atención médica y asistencia social, se rigen por criterios de accesos universales y solidarios; es decir, que se brindan obligatoriamente sin distinción económica o social de las personas.

Lo que nos interesa en la prestación de los servicios públicos de salud, es la atención médica, que comprende actividades preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y de rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir invalideces físicas o mentales. En adelante, nos referiremos sólo al acceso a los servicios de atención médica, dirigidos a la población abierta o no derechohabiente y entre ellas, a las personas viejas.

De esta ley reglamentaria, queremos destacar de manera específica, la reforma publicada en el DOF de 5 de mayo de 2003, mediante la cual se adicionó el Título Tercero Bis, relativo a la protección social en salud; reforma que prevé un *nuevo esquema de aseguramiento público voluntario en salud*, para la población o personas, que no cuentan con acceso a la seguridad social de los dos subsistemas de protección en el contributivo; de manera que mediante esta reforma, se pretende garantizar el acceso integral a los servicios públicos de salud a la persona.

En la exposición de motivos de esta reforma,<sup>5</sup> consideramos oportuno destacar, que en ellas se resaltan, la problemática de la transición demográfica en forma específica, por el incremento de los adultos mayores en la estructura de la población y la transición epidemiológica, caracterizada por la sustitución de enfermedades transmisibles, por padecimientos crónico degenerativos; problemáticas que ejercen importantes presiones en el Sistema Nacional de Salud, porque generan una mayor demanda de servicios complejos y costosos en relación con la atención médica. La iniciativa pretende *buscar* garantizar el derecho constitucional de la protección de la salud, mediante el instrumento denominado seguro popular de salud, que permitirá financiar la atención médica de la población y personas que carecen de una relación laboral con un patrón, por lo tanto, está excluida de las instituciones de seguridad social en el nivel contributivo.

En la misma exposición de motivos, se reconoce que el Sistema Nacional de Salud, en su origen, nació dividido o fragmentado, al separar a la población entre aquellos que están cubiertos por los derechos sociales en el ámbito de la seguridad social; y los sujetos o personas de la acción asistencial del Estado, a los que eventualmente se denominó *población abierta*. De esta manera, la esencia de la reforma, se dirige a la llamada población abierta o no asegurada, y para ella se hace extensivo un seguro médico público voluntario, mediante una afiliación que es el seguro popular de salud. El sistema de protección social en salud y el seguro popular como instrumento operativo de dicho sistema, forman parte del desarrollo de este capítulo.

### 3. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Mediante decreto presidencial, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 25 de junio de 2002, se expidió la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Con ella, se cambió la denominación del Instituto Nacional para las Personas en Plenitud, por la de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores,

---

<sup>5</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de protección en salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006, pp. 231-235. Exposición de motivos enviada al Congreso de la Unión, por el Ejecutivo Federal el 12 de noviembre de 2002.

hoy INAPAM, como organismo rector de la política social en el país, en favor de las personas adultas mayores.

De acuerdo con la información publicada por el INAPAM,<sup>6</sup> el fenómeno del envejecimiento de la población y las personas, objetivo de dicho instituto, se expresa que en México, diariamente, 799 personas cumplen 60 años y el Consejo Nacional de Población, proyecta que para el año 2050, uno de cada cuatro será adulto mayor, lo que repercutirá en las políticas asistenciales para los adultos mayores.

Los principales objetivos del INAPAM, se dirigen a proteger, atender, ayudar y orientar a las personas adultas mayores; conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Por ello, sus esfuerzos se canalizan a fomentar la asistencia médica, la asesoría jurídica y las opciones de ocupación.<sup>7</sup>

Con la expedición de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, a partir de la cual se puede considerar en el nivel federal, con una legislación nacional específica para las personas viejas; y decimos que en el nivel federal, porque dos años antes, en el 2000 en el Distrito Federal, se publicó en la gaceta oficial de dicha entidad, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.<sup>8</sup>

De los artículos transitorios de esta ley, advertimos la creación del INAPAM, pero debemos recordar que su creación, estructura, integración y funcionamiento data desde 1979, cuando nació el INSEN. Por lo tanto, las reformas legales en cuanto a este organismo, sólo han atendido a los cambios en su denominación y adecuación en la ley de dicho instituto; así como la regulación específica, en el nivel federal, de los derechos en favor de las personas adultas mayores.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Véase: <http://www.inapam.gob.mx/index/index.php>. Consulta enero de 2010

<sup>7</sup> Idem.

<sup>8</sup> En el Distrito Federal, se abordó la problemática del adulto mayor, con anterioridad al ámbito federal; su finalidad, la atención de las necesidades más relevantes de la población de la tercera edad, dirigida esencialmente a la salud, nutrición, mercado laboral, familia, violencia, atención jurídica y educación. Esta ley fue publicada en la Gaceta del Distrito Federal el 7 de marzo del 2000 y relacionada con esta ley, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, emitió el 18 de noviembre de 2002, la Ley que establece el derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores en el Distrito Federal; pensión diaria no menor a la mitad del salario mínimo vigente en dicha entidad; esta ley fue publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, de 18 noviembre de 2003.

<sup>9</sup> Debemos mencionar que en cada entidad federativa, se reproduce de manera esencial esta ley, pues en las mismas, existen leyes estatales para la defensa de los derechos de las personas adultas mayores, así como la creación de organismos o dependencias, dirigidos al cumplimiento de los

La ley prevé, que será el INAPAM, el organismo público rector de la política nacional en favor de las personas adultas mayores; tiene por objeto general: coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidos en la misma.

La ley precisa lo que se entiende por adulto mayor; y establece que persona adulto mayor, es la que cuenta con 60 años o más de edad y se encuentra domiciliada o en tránsito en el territorio nacional. Además, que los adultos mayores, no podrán ser socialmente marginados o discriminados por razones de edad, género, estado físico, creencia religiosa o condición social; y regula una serie de derechos contemplados en los siguientes rubros: de la integridad, dignidad y preferencia; de la certeza jurídica; de la salud, la alimentación y la familia; de la educación; del trabajo; de la asistencia social: de la participación y la denuncia popular.<sup>10</sup>

Es muy interesante que advirtamos que en la ley, se prevén los mecanismos de coordinación entre las diversas secretarías de Estado, en el ámbito federal y con las entidades federativas, para la realización de proyectos y programas en favor de las personas adultas mayores, sobre los derechos y garantías que les otorga la ley.

Entre los derechos en favor de los adultos mayores, de manera enunciativa y no limitativa se expresan un conjunto de beneficios, nos interesa resaltar los referentes a la salud: que estimamos relevantes y transcribimos a continuación:

Artículo 5...

Fracción III. *De la salud, la alimentación y la familia:*

- a. *A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.*
- b. *A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4º constitucional en los términos que señala el artículo 18 de esta ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.*

---

derechos contenidos en las normas legales en esta materia; así como programas en favor de los adultos mayores.

<sup>10</sup> Para un análisis más amplio de los derechos contenidos en esta ley, Véase: Ponce Estaban, María Enriqueta. *Situación jurídica de la vejez en México frente al panorama mundial*. México, 2007, p.81. Anuario del Departamento de Derecho, de la Universidad Iberoamericana. Jurídica, Núm. 37.

- c. *A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como todo aquello que favorezca su cuidado personal.*
- d. *Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiado de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.*<sup>11</sup>

*El Artículo 18 dispone: Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a las personas adultas mayores:*

*I. El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud;*

*II. Especial atención deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable;*

*III. El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel públicas y privadas. Las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores, son la Geriatría y la Gerontología;*

*IV. Una cartilla médica de salud y autocuidado, misma que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas; en la cual se especificará el estado general de salud, enfermedades crónicas, tipo de sangre, medicamentos y dosis administradas, reacciones e implementos para ingerirlos, alimentación o tipo de dieta suministrada, consultas médicas y asistencias a grupos de autocuidado;*

*V. Mecanismos de coordinación interinstitucional para proporcionar medicamentos, previo estudio socioeconómico para su distribución sin costo alguno;...*

---

<sup>11</sup> El contenido de esta fracción, es relevante pues prevé, el apoyo en los supuestos en que los adultos mayores no pueden valerse por sí mismos, es decir, tengan pérdida de autonomía, lo que podemos equiparar a un seguro de dependencia, existente legalmente.

En los términos de esta disposiciones, en el ámbito del derecho de la salud, las personas adultas mayores, tienen derecho a los servicios públicos de salud de atención a la persona consistentes en: la atención médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica; así como a derecho a los servicios de salud a la comunidad o de salud pública, tales como las acciones preventivas y de fomento a la salud; inclusive a la atención médica de alta especialidad, como los servicios geriátricos; además el acceso no se limita a las instituciones públicas, pues la disposición refiere también, el acceso a las unidades médicas del tercer nivel, públicas y privadas; y a recibir medicamentos sin costo alguno.

Derechos éstos, que en realidad no se han cumplido, porque en nuestro país, no se cuenta en el ámbito de la salud pública, con infraestructura hospitalaria y médica en el nivel de la geriatría, para hacer efectivo el acceso a ese tercer nivel de especialización médica. No obstante, instituciones como el ISSSTE e IMSS, cuentan con áreas de este nivel de atención médica, y algunos programas y acciones específicos de atención geriátrica, que sólo se dirigen a sus derechohabientes.

#### 4. Planes Nacionales de Desarrollo y programas federales enfocados al combate de la pobreza alimentaria

En los planes nacionales de desarrollo, en forma general se establecen las líneas de acción, de las políticas y programas de protección social; de ellos emanaron los antecedentes, primero para la creación del seguro popular de salud, como programa piloto; después para la reforma a la Ley General de Salud vigente, relativa a la implementación, operación y funcionamiento del SPSS y del seguro popular de salud, como instrumento operativo de dicho sistema; y asimismo, para la continuidad de los programas: IMSS oportunidades, programa OPORTUNIDADES y su componente el programa Apoyo a los Adultos Mayores y su derivado, el programa 70 y más.

Nos enfocaremos a los PND, que comprenden los períodos 2001- 2006 y 2007- 2012, por estar incluidos en el período que hemos delimitado,<sup>12</sup> y porque por

---

<sup>12</sup> Debemos recordar que el programa IMSS Oportunidades, nació después de la segunda Ley del Seguro Social en 1973, en 1979 con el programa IMSS COPLAMAR, dirigido a la población marginada en especial de áreas rurales e indígenas, con el componente de prestaciones sociales de

primera vez se hace referencia al fenómeno del envejecimiento de la población, así como a programas federales de atención social, enfocados a los adultos mayores.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006,<sup>13</sup> correspondiente al gobierno de Vicente Fox, se abordaron de manera general temas relacionados con la transición demográfica, las transformaciones en el tamaño de la población y en las estructuras por edad, datos estadísticos relacionados con la mortalidad infantil, las tasas de fecundidad y el incremento en la esperanza de vida, así como el rubro denominado *bono demográfico*. Se resaltó que el grupo de adultos mayores de 60 años o más, registró una tasa de crecimiento insólita en la historia demográfica de México, de más del 3.7 por ciento anual, y que podría alcanzar ritmos acelerados cercanos al 4.6 por ciento en el 2020; de manera que el crecimiento de este grupo poblacional, tendrá como consecuencia un impacto social y económico que exigirá cuantiosos requerimientos de recursos para proporcionar pensiones suficientes.

El 6 de marzo de 2002, como parte de la política social del gobierno federal, para promover estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación, se renombró al PROGRESA como Programa Desarrollo Humano y Oportunidades –PDHO- En este contexto, el Consejo Técnico del IMSS aprobó el cambio de nombre del Programa IMSS-Solidaridad, por el de IMSS oportunidades, debido a que otorga el componente salud a los beneficiarios del PDHO, también enfocado a sectores de la población marginados, en pobreza y pobreza extrema. Este programa, a partir de 2007, incluye al IMSS como prestador de servicios de salud a las personas beneficiarias del seguro popular. Por ello, el IMSS oportunidades, lo incluimos como una vertiente en el SPSS, o tercer subsistema de protección social de la salud.<sup>14</sup>

---

la ley en cita en favor de personas o grupos de población no derechohabientes y después de los 80's del siglo pasado, ha variado su denominación en cada período sexenal, pues fue IMSS SOLIDARIDAD en el gobierno de Salinas de Gortari, IMSS PROGRESA, en el de Zedillo Ponce de León e IMSS OPORTUNIDADES con Vicente Fox y Calderón. Resulta necesario distinguir entre este programa IMSS oportunidades y el diverso OPORTUNIDADES que emanó del Programa de Desarrollo Humano y Oportunidades del PND de Fox, y en el actual gobierno de Calderón, se enmarcó en el PND y deriva del Programa de Desarrollo Humano Sustentable, que vincula al eje relativo a la igualdad de oportunidades, en el se soporta el programa de apoyo para adultos mayores y el de 70 y más.

<sup>13</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación de 30 de mayo de 2001.

<sup>14</sup> Publicado en el DOF 28 de diciembre de 2007, Reglas de Operación vigentes del Programa IMSS OPORTUNIDADES, de acuerdo con dichas reglas se incluye también al IMSS Oportunidades, en el



En el período de Fox, también observamos la creación normativa de la Ley de los Derechos de la Personas Adultas Mayores,<sup>15</sup> y el cambio de denominación del viejo INSEN por el actual INAPAM, que es un órgano desconcentrado de la SEDESOL federal.

El Presidente Fox, envió al Congreso de la Unión en noviembre de 2002, la exposición de motivos de la reforma a la Ley General de Salud,<sup>16</sup> mediante la cual se adicionó el Título Tercero Bis, del Sistema de Protección Social en Salud la instrumentación, operación, financiamiento y funcionalidad del mismo, a través del seguro popular de salud como su brazo financiero.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012,<sup>17</sup> del actual gobierno de Felipe Calderón Hinojosa, está estructurado en cinco ejes rectores: 1. Estado de Derecho y seguridad. 2. Economía competitiva y generadora de empleos. 3. Igualdad de oportunidades. 4. Sustentabilidad ambiental. 5. Democracia efectiva y política exterior responsable. Este Plan, asume como premisa básica la búsqueda del Desarrollo Humano Sustentable; esto es, del proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades, que permita a todos los mexicanos tener una vida digna sin comprometer el patrimonio de las generaciones futuras; en el se precisan los objetivos nacionales, estrategias, programa y prioridades.

En el eje 2, relativo a la Economía Competitiva y Generadora de Empleos, se prevé la consolidación de un *Sistema Nacional de Pensiones*, que se consolidará en términos generales por la expedición de la ley del ISSSTE vigente; además, en forma específica, por la creación de la figura *portabilidad* de cuentas individuales, entre el modelo pensionario previsto en esta nueva ley y en la nueva Ley del Seguro Social vigente; así como con las reformas y adecuaciones en la Ley de los Sistemas para el Ahorro para el Retiro, por la transformación de los sistemas de reparto que existen en la actualidad por la sustitución del modelo de capitalización individual, que

---

cumplimiento de acciones de salud, del diverso programa Seguro Médico para una Nueva Generación, dirigido a todos los niños nacidos a partir del primero de diciembre de 2006. A nosotros nos interesa, pues como prestador de servicios de salud, en el nivel no contributivo, conjuntamente con el seguro popular; ello nos permitirá evidenciar la fragmentación de los servicios de salud a la persona en el tercer subsistema de protección social de la salud.

<sup>15</sup> Publicada en el Diario Oficial de la Federación de 25 de junio de 2002.

<sup>16</sup> Publicada en el DOF de 15 de mayo 2003.

<sup>17</sup> Publicado en el Diario Oficial de la Federación de 31 de mayo de 2007. La elaboración y ejecución de los planes nacionales de desarrollo, tienen su fundamento en el artículo 26º de la Constitución.

reforzará el sistema de ahorro para el retiro; en este período se promulgo la Ley del ISSSTE vigente.

En el eje 3, relativo a la igualdad de oportunidades, en materia de política social, en relación con el derecho de la salud, la alimentación y la superación de la pobreza, se destaca el nuevo componente del Programa Oportunidades *Apoyo a Adultos Mayores y 70 y más*, mediante los cuales se brinda ayuda monetaria a los adultos mayores y los de 70 años o más, integrantes de familias afiliadas al Programa Oportunidades. Este componente pretende cubrir en el nivel nacional a 970,000 adultos mayores, que se encuentran en pobreza alimentaria y de capacidades.<sup>18</sup>

La parte total del tercer subsistema de protección social en salud, la derivamos de la reforma a la LGS en 2003, mediante la cual se implementó el SPSS. Por ello, nos referiremos enseguida al Sistema de Protección Social en Salud, sus antecedentes, implementación, organización y funcionamiento en vigor en la Ley General de Salud, a partir de 2003.

## B. *Subsistema de Protección Social en Salud*

### 1. Antecedentes a su implementación legal: Programa salud para todos

Es conveniente que expresemos, que antes de la reforma a la Ley General de Salud, mediante la cual se adicionó el Título Tercero Bis, del Sistema de Protección Social en Salud; el Sistema Nacional de Salud, estaba integrado por las instituciones de seguridad social descritas en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo; y a las personas sin acceso o derechohabencia en dichos subsistemas, se le denominaba, la población abierta o no derechohabiente, que recibía los servicios de salud con acceso a la atención médica, a través de la infraestructura médica, hospitalaria y de personal con la que

---

<sup>18</sup> Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades 2006. Véase: [http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs\\_eval\\_2006.php](http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs_eval_2006.php). Consulta enero 2010. En el tema de superación a la pobreza se distingue: pobreza alimentaria: referente a ingreso per cápita, insuficiente para adquirir una alimentación mínima mente aceptable; pobreza de capacidades: puede cubrir necesidades mínimas de alimentación, pero persiste insuficiencia en el ingreso per capita para atender la educación y la salud; y pobreza patrimonial: puede cubrir necesidades de alimentación, educación y salud, pero el ingreso es insuficiente para adquirir vivienda, calzado y transporte.

contaba la Secretaría de Salud en el nivel federal y con las existentes en las entidades federativas.<sup>19</sup>

Hemos expresado en el capítulo anterior, que el proceso de descentralización de los servicios de salud en nuestro país, inició en la década de los 80's del siglo pasado y se asegura por Secretaría de Salud, que después de más de 20 años, la descentralización en salud culminó con la reforma a la Ley General de Salud en 2003 y la implementación del Sistema de Protección social en Salud, a través del seguro popular de salud. Mediante la reforma, se transfieren a los gobiernos de las entidades federativas, la responsabilidad en la prestación de los servicios de salud a la comunidad –salud pública- y de los servicios de salud a la persona.

Las entidades locales, por conducto de sus gobiernos, se comprometen, mediante acuerdos de coordinación, colaboración y contratos con el sector privado de la salud, a otorgar la prestación de servicios de salud en sus dos vertientes, tanto a la comunidad, como a la persona. E insistimos que tal compromiso lo asumieron los gobiernos de las entidades federativas, a través de sus sistemas estatales de salud, con la misma infraestructura hospitalaria y médica existente antes de la reforma, y con la obligación de participar en el financiamiento de ambos tipos de servicios de salud, mediante la aportación anual solidaria estatal.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Antes de la reforma, la población abierta podía acceder a los servicios de salud que hoy se denominan a la persona, en principio, en forma gratuita y en segundo término, en atención al estudio socioeconómico que se les realizaba; existía un Catálogo Nacional de Cuotas de Recuperación, que comprendía montos de dinero en atención sobre todo al tipo de servicio y si este era de hospitalización o quirúrgico. El organismo que regulaba y captaba las cuotas, se conocía como la Dirección General del Patrimonio de la Beneficencia Pública, PBP, dependiente de la Secretaría de Salud en el nivel federal. A partir de 2006, el PBP se convirtió en un órgano desconcentrado de la SS, cuya finalidad es, la obtención de recursos y apoyos económicos, para destinarse a la salud de las personas sin seguridad social, conforme con el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

<sup>20</sup> En la década de los 90's siglo pasado, como parte del proceso de descentralización de los servicios de salud de la federación a las entidades federativas, se modificó en la mayor parte de las entidades la estructura de los servicios de salud, pues para distinguir lo que eran los servicios coordinados de la Secretaría de Salud en el nivel federal, éstos se convirtieron en organismos públicos descentralizados OPD, en las entidades federativas. En la actualidad, coexisten en cada entidad federativa, un sistema estatal de salud dependiente directamente de la administración centralizada del Estado y un OPD que forma parte de la administración pública de dicho Estado y cuyos recursos provienen del ámbito federal ramo 12 y 33; de manera que en la infraestructura hospitalaria y médica, se distinguen unas pertenecientes al órgano centralizado estatal y otras del organismo descentralizado. Además con la reforma e implementación del SPSS se creó en cada entidad federativa un REPSS comprendido en el sistema estatal de salud, cuyo presupuesto depende en el ámbito federal de la CNPSS y las cuotas que aporta cada entidad federativa.

El programa nacional de salud 2001-2006, derivado del PND del mismo período,<sup>21</sup> en la estrategia 5 planteó: *Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud.*

Conforme con esta estrategia, se determinó por la dependencia federal una línea de acción consistente en *consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular*, dirigido a la población sin seguridad social; es decir, a la conocida como población abierta y se concretó mediante un programa piloto denominado *Programa Salud para Todos*, públicamente conocido como seguro popular de salud, cuyos objetivos fundamentales consistieron en: 1. Protección financiera a través de la opción de aseguramiento público voluntario en materia de salud; 2. Crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios y 3. Disminuir el número de familias que empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud -gastos de bolsillo- en este programa, la población objetivo es la no derechohabiente de la seguridad social y de bajos ingresos, es decir, la población abierta, a quien a partir de la reforma se le denomina familias afiliadas al SPS o población socialmente protegida.

Este programa piloto inició en 2001 sólo con cinco entidades federativas: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco. Para la prestación de servicios de salud, ofrecía un catálogo de beneficios explícitos, denominado primero CABEME, después CASES y en la actualidad CAUSES,<sup>22</sup> es decir, servicios de atención médica a la persona, mediante la interacción directa del médico o paramédico con el paciente y que comprenden servicios tales como: preventivos, de diagnóstico, curativos, paliativos, de rehabilitación y limitación del daño.

La unidad de afiliación en este programa piloto, es la familia, entendida como el titular y su cónyuge, hijos menores de catorce años y ascendientes mayores de 64

---

<sup>21</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006 pp. 27-30

<sup>22</sup> El CABEME: catálogo de beneficios médicos explícitos, 2001- 2003, contenía 78 intervenciones médicas; CASES: 2004 catálogo de servicios esenciales de salud y CAUSES a partir de 2006, catálogo universal de servicios esenciales de salud. La variación en la denominación, también implicó inclusión de otros servicios esenciales médicos de atención a la persona. Se distingue del CASSCO, que aparece en virtud de la reforma legal a la Ley General de Salud y se refiere al Catálogo de Servicios de Salud a la comunidad, en el que destacamos como servicio comunitario de salud o salud pública, *la aplicación del esquema básico de vacunación para adultos mayores, con la vacuna antiinfluenza y antineumococo*. Ob. cit p.101

años que dependan económicamente del jefe de familia, quienes debían de declarar de buena fe, si contaban con aseguramiento a través de alguna institución de seguridad social. La prestación de los servicios de salud fue otorgada por los sistemas estatales de salud, mediante una red médica conformada por un hospital general y centros de salud con capacidad para la prestación de las intervenciones incluidas en el CABEME; en cuanto a las intervenciones hospitalarias, los afiliados deberían ser referidos de algún centro de salud a un hospital próximo o regional, con excepción de las urgencias.

El esquema de financiamiento original en este precedente, era un esquema bipartito, en el que intervenía de manera mayoritaria el gobierno federal, mediante un subsidio transferido a través de la Secretaría de Salud del nivel federal a los sistemas estatales de salud –SESA- y además, con las cuotas anuales de afiliación de las familias aseguradas, progresivas en atención al nivel de ingreso de cada familia y complementada por el subsidio federal.

De esta manera, este programa piloto del seguro popular de salud, constituyó el antecedente nacional inmediato para la reforma legal a la Ley General de Salud y la construcción e implementación del SPSS y el seguro popular de salud, se convirtió en el instrumento operativo, jurídico y financiero del SPSS, con la característica de que el esquema de financiamiento original era bipartito, los servicios estatales de salud a través de su infraestructura hospitalaria y médica ya existente, debían proporcionar los servicios de atención médica, el CABEME que comprendía inicialmente 78 intervenciones, cuyos servicios se dirigían a una población específica considerada como unidad la familia, sin inclusión aún de los servicios de salud a la comunidad; programa que operó como piloto durante el 2001 a 2003.<sup>23</sup>

Es importante que destaquemos que en el programa piloto del seguro popular de salud, no encontramos referencias específicas en la prestación de los servicios de salud a la persona, dirigidas a las personas viejas, excepto como integrantes de una

---

<sup>23</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006 pp 18-25 Decimos que es el antecedente nacional, pues en el nivel internacional la OMS participó e influyó de manera significativa en cuanto a los lineamientos para el mejor desempeño de los sistemas de salud en el mundo, con el documento *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000 de la OMS*, respecto a la ampliación de cobertura de los servicios de salud y los esquemas de financiamiento de dichos servicios.

familia, ni referencia alguna a los fenómenos de la transición demográfica o epidemiológica, no obstante que dichos fenómenos si se resaltaron en el PND 2000 – 2006. Podemos afirmar que el seguro popular de salud, nació inicialmente, como una estrategia de protección financiera a la población abierta en materia de salud, con la característica de la familia como sujeto beneficiario, sólo enfocado a los servicios de salud a la persona, con financiamiento bipartito y bajo responsabilidad de los gobiernos estatales. Desde nuestra perspectiva, continúa como estrategia de protección financiera, ampliado el sujeto beneficiario, de la familia a la persona, con financiamiento tripartito y de exclusiva responsabilidad estatal.

Hemos expresado con anterioridad en el capítulo I anterior, en el punto de la Ley General de Salud, algunos argumentos contenidos en la exposición de motivos de la reforma a LGS.<sup>24</sup> Por lo tanto, nos referiremos ahora a las reformas legales que rigen el SPSS y el seguro popular de salud y las variantes con su antecedente como programa piloto

En la LGS, del Título Tercero Bis, artículos 77-Bis 1 al 77 Bis 41, más veintiún artículos transitorios, se establecen las condiciones de gradualidad para implementar progresivamente el SPSS, de manera esencial advertimos:

- Se precisa el concepto de la protección social en salud.
- Se determina la distribución de competencias operativas y financieras entre la federación y las entidades federativas.
- Se definen los beneficios asociados a la protección social en salud en el CAUSES.
- Se define la población beneficiaria; la familia y la persona.
- Se crean los Regímenes estatales de protección social en salud –REPSS- en el contexto de los sistemas estatales de salud –SESA-
- Se clasifican los servicios de salud en: servicios de salud a la comunidad y servicios de salud a la persona, en éstos últimos de distingue entre un régimen contributivo y un régimen no contributivo.

---

<sup>24</sup> Ibidem. pp. 231-235. En este documento, se explicitan los fenómenos de la transición demográfica y epidemiológica, que se traducen en importantes presiones sobre el SNS, porque generan mayor demanda de servicios más complejos y costosos en relación con los asociados a las infecciones comunes y los problemas reproductivos, principalmente con la existencia de desequilibrios financieros y el ejercicio desigual de los derechos relacionados con la salud.

- Se establecen esquemas de aportaciones en el SPSS para el financiamiento de los servicios de salud a la comunidad y los servicios de salud a la persona.
- Se especifica el cobro de cuotas familiares y cuota reguladora.
- Se determina la creación y constitución del Fondo de Protección para gastos catastróficos –FPGC- y el Fondo de Previsión presupuestal –FPP-
- Se establecen reglas para garantizar la transparencia, control y supervisión del manejo de los recursos del SPSS.
- Se crean en el nivel federal, el Consejo Nacional de Protección Social en Salud –COPSS- y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud –CNPSS- como órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud. En el ámbito de las entidades federativas, se crean los REPSS.
- Se definen los derechos y obligaciones de los beneficiarios y las causas de suspensión y cancelación al SPSS
- Se ordena la expedición de tres reglamentos para completar el andamiaje jurídico del SPSS: Reglamento en materia de Protección Social en Salud, Reglamento interno del Consejo Nacional de Protección Social en Salud y el Reglamento interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

No es nuestra intención abordar todos y cada uno de los artículos que se contienen en la reforma a la LGS, referentes a los principios y objetivos,<sup>25</sup> del SPSS, pues expresamos que dentro del SPSS, nos enfocaremos a los servicios de salud a la persona, que se realizarán mediante el seguro popular de salud, a través de las unidades de atención médica de la red de servicios en las entidades federativas;<sup>26</sup> por ello nos referiremos de manera específica en este rubro, a los elementos que nos permitan diferenciarlo de su antecedente ya expresado y son los relativos a los sujetos participantes, es decir, a las familias beneficiarias y órdenes de gobierno federal y local como aportantes en el esquema de financiamiento ahora tripartito y su

---

<sup>25</sup> En relación con todos y cada uno de los principios y objetivos del SPSS, Véase: *Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª. Ed. Fondo de cultura Económica, México, 2006 pp. 34-41. También en: Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaut FM. *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*. Salud Pública, México, 2007.

<sup>26</sup> La red de servicios, en las entidades federativas está compuesta por prestadores de servicios como IMSS oportunidades, centros de salud y hospitales generales para la atención del primer y segundo nivel de atención médica y en el supuesto de requerirse un tercer nivel de atención, a través de los centros regionales de alta especialidad con que cuentan, si es que cuentan con ellos en los REPSS.

organización operativa; los servicios o intervenciones contenidas en el CAUSES; la infraestructura hospitalaria y médica antes y después de la reforma, y la evolución del SPSS a 2008, en especial la protección social en salud a las personas viejas, es decir, la garantía de acceso a los servicios de atención médica de las personas de 60 años o más, que nos permitirá concluir con la insuficiencia de la protección social en salud a este grupo etéreo.

También distinguiremos, en relación con la cobertura o ampliación de la protección social en salud, a través del SPSS, entre los datos estadísticos derivados del II Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2005, que son nuestra base. Es decir, de dos años a partir de la reforma a la LGS y los actualizados a 2008, éstos últimos, obtenidos de diversos documentos emitidos por la SS. Hacemos esta aclaración, porque podrá apreciarse variabilidad en los datos actualizados, en cuanto número de población y presupuestos, en el período de 2004 y 2005 y en la actualización en el período de 2006 a 2008.

## 2. Sujetos participantes y población beneficiaria

En cuanto a la población beneficiaria, en términos generales el artículo 77 Bis 1 dispone: que todos los mexicanos tienen derecho a ser *incorporados* SPSS, en los términos del artículo 4º Constitucional, sin importar su condición social.

En términos específicos, es población beneficiaria: las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, de manera que *se incorporarán* al SPSS que les corresponde en razón de su domicilio y gozarán de las acciones de protección social en salud que prevé la ley.<sup>27</sup>

En el artículo 77 bis 4, se expresa que la unidad de protección social, será el núcleo familiar y quienes integran dicho núcleo familiar, que se extiende a la persona

---

<sup>27</sup> Debemos destacar que la población abierta a quien se dirige el SPSS, esta compuesta en términos generales por personas de escasos recursos económicos, entre ellos: adultos mayores o personas viejas, mujeres, niños, grupos indígenas, trabajadores no asalariados, trabajadores de la economía informal, desempleados y personas que habitan áreas rurales o urbanas de marginación social. Es precisamente esta población para quien se creó el hoy programa IMSS Oportunidades, en la década de los 70's del siglo pasado. También existía el PBP dependiente de la SS. Por lo tanto, la realidad ha demostrado la existencia y diversificación de las condiciones sociales de las personas, en cuanto a salud se refiere, ello es así, pues se distingue entre población urbana y rural, población indígena y campesina, población marginada socialmente y personas en pobreza y pobreza extrema.



en lo individual, ello por los cambios estructurales en la composición de las familias, es decir, la existencia de familias unipersonales. A diferencia del antecedente del seguro popular piloto, como beneficiario se entendía sólo a la familia y sus integrantes.

Los sujetos aportantes o contribuyentes en el esquema de financiamiento son: el Estado, a través del gobierno federal y quien aporta la cuota social anual: el gobierno federal, mediante la aportación anual solidaria federal y los gobiernos de las entidades federativas, mediante la aportación anual solidaria estatal; así como las familias o personas beneficiarias, mediante la cuota familiar anual o la cuota reguladora.

### 3. Clasificación de los servicios de salud

En la ley vigente, a diferencia del programa piloto de SPS, se distingue y clasifica como bienes públicos de salud: los servicios de salud a la comunidad o de salud pública y cuentan con un CASSCO,<sup>28</sup> y los servicios esenciales de salud a la persona, que se contienen en el CAUSES.<sup>29</sup> Entre los servicios esenciales de salud a la persona, destacamos los relacionados con la transición epidemiológica, es decir, con las enfermedades crónico degenerativas, atribuibles a las personas viejas, entre ellas: acciones preventivas del adulto mayor, como el esquema nacional de vacunación y las contenidas en la cartilla de salud; diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis y diagnóstico y tratamiento de la depresión, diagnóstico y tratamiento de hiperplasias prostáticas benignas y cirugía de cataratas.

La prestación de los servicios esenciales de salud a la persona, incluyen servicios preventivos, como los esquemas de vacunación, diagnósticos, curativos, paliativos y

---

<sup>28</sup> Para mayor información de las acciones de salud pública, contenidas en el CASSCO: Catálogo de servicios de salud a la comunidad, entre ellas en forma general: salud municipal y participación comunitaria, promoción e información, vigilancia epidemiológica, servicios comunitarios de salud - esquemas de vacunación, suplementos vitamínicos- detección oportuna de enfermedades, consejería y otros servicios preventivos; Véase: Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006 pp 101-102.

<sup>29</sup> Ibidem pp. 133-206. CAUSES: catálogo universal de servicios esenciales de salud, del Sistema de Protección Social en Salud vigente en 2006.

de rehabilitación, que pueden implicar tratamientos quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos; los que se proporcionan a las personas, mediante niveles de atención: el primer nivel, está orientado a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y la organización de la comunidad para el auto cuidado de la salud, se trata de padecimientos no complicados, de fácil resolución y requiere recursos y equipamiento poco complejos para otorgar la atención; el segundo nivel, de atención esta conformado, por unidades de salud con instalaciones de mayor capacidad resolutive, en las cuales se otorga atención médica de cuatro especialidades básicas: cirugía, medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia y de hospitalización, el tipo de atención es fundamentalmente curativa y los recursos dependen del tamaño y complejidad del hospital; el tercer nivel, está orientado a la formación de recursos humanos especializados y a la investigación, en él se brinda atención de alta especialidad a problemas de salud de complejidad elevada.<sup>30</sup>

La ley dispone, la constitución y operación de un fondo de protección contra gastos catastróficos, el FPGC,<sup>31</sup> de reserva sin límite de anualidad presupuestal, operado exclusivamente por el nivel central a través de la Secretaría de Salud, el CONPSS y la CNPSS; así como la constitución de un fideicomiso público para tal efecto, cuyo objetivo es apoyar a las entidades federativas, en el financiamiento del tratamiento de padecimientos costosos; es decir, de los servicios de alta especialidad o de tercer nivel de atención, que requieran los afiliados al seguro popular de salud, como enfermedades prioritarias por la expansión, como el tratamiento antirretroviral de VIH SIDA, de cáncer cérvico uterino invasor, cánceres infantiles y *rehabilitación a largo plazo como el tratamiento de cataratas*.

Este fondo, se integra también con los conceptos de cuota social, aportación solidaria federal, aportación solidaria estatal, y además con recursos económicos

---

<sup>30</sup> Urbina Fuentes, Manuel, Et al, *La experiencia mexicana en salud pública, oportunidad y rumbo para el tercer milenio, Rezagos y Desafíos*. Biblioteca de la Salud. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006, p.693

<sup>31</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006 pp. 56-59. Además, del Fondo de la previsión presupuestal, y el FPGC ambos fondos son administrados financieramente por el Consejo Nacional de Protección Social en salud y la CNPSS mediante un fideicomiso público, que el Ejecutivo Federal determinará, conforme con la reglamentación que para tal efecto se emita. En el FPP, se contiene el presupuesto destinado a la ampliación y fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria.

que pueden obtenerse mediante donaciones, por las gestiones de negociación con sectores industriales u organizaciones civiles.

La SS,<sup>32</sup> resalta entre los ejemplos exitosos de negociación: una donación de \$3,600 millones de pesos de la industria tabacalera en el país, derivado de una aportación por cigarro enajenado en el período julio de 2004 a diciembre de 2006; así como una aportación de 4.1 millones de dólares estadounidenses, realizada por la Fundación Gonzalo Río Arronte, A.C., destinada a reforzar la oferta de cirugías de catarata, entre la población adulta mayor de 60 años no asegurada, cubierta bajo la categoría *rehabilitación a largo plazo*; incentivo que para la dependencia federal, permitirá incluir en la cobertura del SPSS al grupo de adultos mayores de todo el país.

En relación con el catálogo de servicios de salud a la persona, éste se denominó CABEME en el período de 2001 a 2003, como el catálogo de beneficios médicos explícitos e incluía 78 acciones de salud; en el 2004 el CASES, que era el catálogo de servicios esenciales de salud, que fue incrementado a 154 acciones de salud y el vigente a partir de 2006 como CAUSES: catálogo universal de servicios esenciales de salud, que comprende 266 acciones de salud a 2008.<sup>33</sup>

Entre los servicios esenciales de salud, que nos interesan, dirigidos a las personas viejas, resaltamos: acciones preventivas del adulto mayor, como el esquema nacional de vacunación y las contenidas en la cartilla de salud; diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica, diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis y diagnóstico y tratamiento de la depresión, diagnóstico y tratamiento de hiperplasias prostáticas benignas y cirugía de cataratas.

---

<sup>32</sup> Idem.

<sup>33</sup> La denominación de los catálogos se deriva de la obra citada: Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006; y el incremento en el número de acciones comprendidas en cada catálogo, del *Informe de resultados del SPSS 2008* presentado al Congreso de la Unión, p. 62

4. Esquema tripartito de financiamiento o contribución para los servicios de salud a la persona

En cuanto a los sujetos participantes en el esquema solidario de financiamiento de los servicios de salud a la persona, éste es tripartito, a diferencia del antecedente piloto, que sólo comprendía un esquema bipartito entre el gobierno federal y la familia beneficiaria. En la ley vigente, son sujetos participantes, los que describimos en la Tabla 1 siguiente:

TABLA 1.<sup>34</sup>

APORTANTE	CONCEPTO	EQUIVALENTE %	EQUIVALENTE \$ A 2006
Estado	Cuota social anual por familia	15% SMGVDF a 2004: \$2,477	\$2,692.00
Gobierno federal	Aportación solidaria anual	7.5% de la cuota social anual	\$4,038.00
Gobierno estatal	Aportación solidaria anual	1.5 la cuota social por familia: \$1,346-00	\$2,692.00
Cuota familiar, régimen contributivo	Cuota familiar anual de pago anticipado, proporcional sujeta a condición socioeconómica	Cuota reguladora: Frecuencia de uso de especialidad o medicamentos	Régimen no contributivo, no aporta Decil I y II SMGVDF igual a 1 o 2 SMGVDF

5. Ámbitos de organización y de prestación de servicios de salud entre órdenes de gobierno federal y las entidades federativas

La reforma a la Ley General de Salud, relativa a la creación e implementación del SPSS, implicó además de la expedición de normas jurídicas, dos aspectos importantes: uno relacionado con la creación de la plataforma organizacional del

<sup>34</sup> Elaboración propia fuente: Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006. Observación la tabla de decil de ingresos para la cuota familiar anual es equivalente a: I y II, cero ingresos; III, \$640.00; IV, \$1,255; V, \$1,860; VI, \$2,540; VII, \$3,270; VIII, \$5,065; IX, \$6,740 y X, \$10,200 pesos actualizados a 2006.

sistema en el nivel federal, por la constitución de órganos como el Consejo Nacional de Protección Social en Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud; y el otro, en el ámbito de las entidades federativas, dentro de los sistemas estatales de salud, la creación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud –REPSS- para lo cual fue necesario destinar importantes recursos financieros públicos para el gasto de operación de los mismos.

Un aspecto importante en los dos ámbitos, es el relacionado con la infraestructura hospitalaria y médica, para la prestación de los servicios de salud; es decir, la existencia de hospitales, centros de salud, médicos, enfermeras y personal administrativo. Aquí debemos distinguir entre la plataforma existente antes de la implementación del SPSS y la adicionada o crecimiento de infraestructura por dicha implementación a partir de 2003; en especial, porque en este rubro corresponde a las entidades federativas, a través de sus sistemas estatales de salud y de los REPSS, materializar el acceso efectivo a la atención médica, de la población beneficiaria, y antes de la reforma se contaba ya, tanto en el ámbito federal por parte de la Secretaría de Salud como en los ámbitos estatales, con una plataforma de infraestructura hospitalaria y médica, regulada a través del SNS y dirigida a la población abierta.

El ámbito organizacional federal lo describimos a grandes rasgos:

A la cabeza, la Secretaría de Salud, como órgano rector que realiza procesos de administración, seguimiento y rendición de cuentas tanto en el nivel federal como local; transferencia de recursos; procesos de vinculación entre el SPSS y otros programas federales que incluyen el componente de salud y los procesos de relación entre el SPSS con instituciones de seguridad social en el nivel contributivo, que describimos en el primer y segundo subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, que integran también el SNS.

El Consejo Nacional de Protección Social en Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, como órganos específicos del SPSS y desconcentrados de la Secretaría de Salud.

En el ámbito de la prestación de los servicios de salud a la persona, la CNPSS tiene bajo su responsabilidad los procesos de afiliación y vigencia de derechos; las acciones de fortalecimiento del Programa Maestro en Infraestructura - PMI- en los procesos de acreditación y certificación de unidades médicas y hospitalarias; la estructura operativa para la prestación de los servicios de salud a la comunidad; la administración centralizada en la operación de los fondos tanto el de gastos catastróficos, como el de previsión presupuestal a través de un fideicomiso público y la suscripción de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas; acuerdos que son firmados una sola vez y los anexos a dichos acuerdos relativos a las esquemas financieros, son negociados y actualizados cada año.

En el ámbito de organización de las entidades federativas, como cabeza del sistema estatal de salud, se encuentra una dependencia de la administración pública centralizada estatal que comúnmente se denomina, secretaría de salud del estado, y también un organismo público descentralizado de la administración pública estatal, denominado comúnmente servicios estatales de salud u OPD. Este OPD, sustituyó, mediante los procesos de descentralización administrativa de los servicios de salud en los 90's, a los que en las entidades federativas, se conocían como *servicios coordinados de salud*, que eran órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud en el nivel federal. A partir de la reforma a Ley General de Salud en 2003, se incluyó en los sistemas estatales de salud, la figura de los REPSS.

Esta figura estatal REPSS, tiene relevancia, pues conforme con la reforma e implementación de SPSS, a través de ella, se operará el esquema financiero de las cuentas de salud en el nivel federal y estatal –SICUENTAS- y los recursos del fondo de previsión presupuestal. Además, es materialmente la que deberá garantizar el acceso efectivo y oportuno de los servicios de salud de atención médica a la población beneficiaria, mediante la infraestructura hospitalaria y médica físicamente instalada y distribuida geográficamente en las jurisdicciones sanitarias.

Esta organización en las entidades federativas, en materia de salud de acuerdo con nuestra experiencia laboral en este ámbito, nos permitió distinguir, que existen infraestructuras hospitalarias y médicas cuyo financiamiento y operación, es sólo de

origen estatal; e infraestructura hospitalaria y médica, cuya financiamiento es de origen federal, en ambos supuestos los recursos financieros derivan del erario.

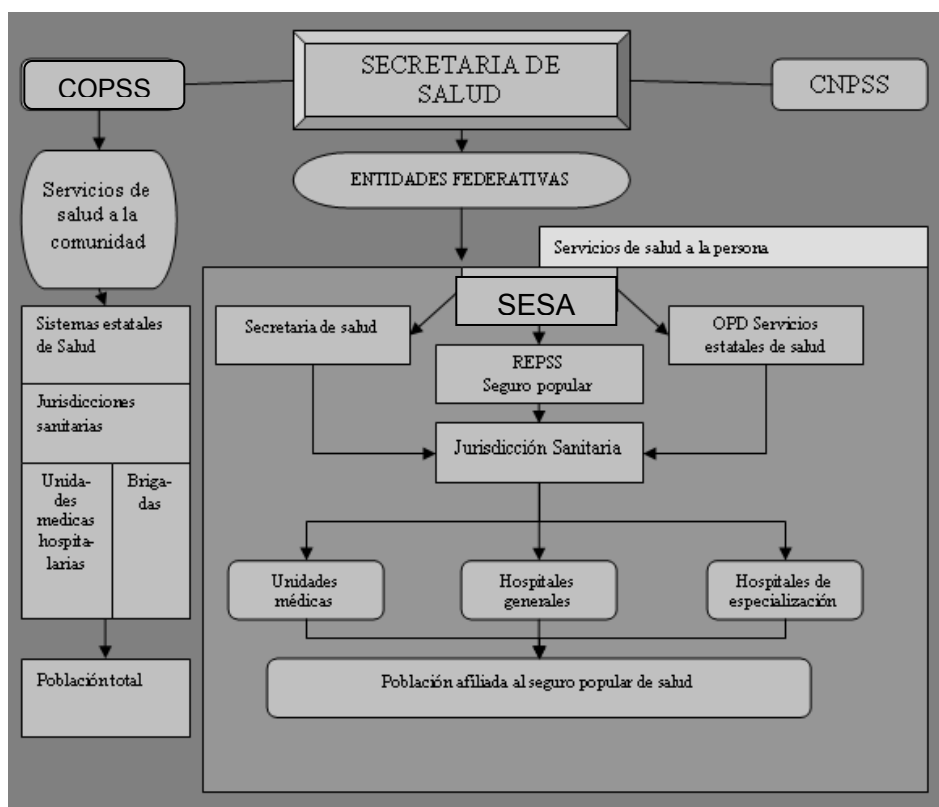
En ambos supuestos de origen federal y estatal, éstos, se encuentran de manera centralizada sujetos en cuanto a la planeación, construcción, remodelación, mantenimiento, acreditación y certificación, a la normatividad y vigilancia de la Secretaría de Salud en el nivel federal y en la actualidad también a través de la CNPSS, en cuanto al régimen estatal de protección social en salud o tercer subsistema de protección social en salud.

El cumplimiento de la responsabilidad estatal, en la prestación de los servicios de salud, se realiza mediante la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica existente y distribuida en el territorio de cada entidad federativa, por medio de las jurisdicciones sanitarias, que son órganos desconcentrados por territorio en los SESA y pueden agrupar uno o varios municipio de cada entidad federativa.

En los supuestos de insuficiencia o inexistencia de esta infraestructura hospitalaria y médica, se celebran acuerdos de gestión, para la prestación de los servicios de salud a la persona, y éstos se proporcionarían por las instituciones de seguridad social como IMMS o ISSSTE. O bien, mediante la celebración de contratos, con instituciones u organismos de salud del sector privado, los que son realizados y operados por los REPSS.

A continuación, como apoyo visual, representamos en la tabla 2 siguiente, la compleja y fragmentada, estructura operativa y organizacional en ambos órdenes de gobierno y ubicamos en dicha estructura, donde se materializa el acceso efectivo a la atención médica en la prestación de los servicios de salud a la persona; con referencia general a los servicios de salud a la comunidad, que también son responsabilidad de los REPSS. No incluimos las instituciones de seguridad social que conforman el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, ni los servicios privados de salud, que participan en los servicios de salud a la comunidad o servicios de salud pública y son parte integrante del Sistema Nacional de Salud, en los términos de la Ley General de Salud.

Tabla 2.<sup>35</sup> Estructura operativa y organizacional del SPSS



6. Infraestructura hospitalaria y médica, para la atención médica en la prestación de los servicios de salud a la persona

Expresamos con anterioridad, que un aspecto relevante de la reforma a la Ley General de Salud, que implementó el SPSS, es el relativo a la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica. Cuando hablamos de infraestructura hospitalaria, en ella comprendemos los recursos materiales y el personal, que se destinan a las prestación del servicio de atención médica; es decir, unidades de

<sup>35</sup> Elaboración propia fuente: Secretaría de Salud, *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006.

En esta gráfica no se contemplan instituciones de seguridad social de las incluidas en el primer y segundo subsistema de la seguridad social en el nivel contributivo cuya existencia también es insuficiente para atender a sus derechohabientes. Además, el acceso a la atención médica entre las personas se presenta en forma directa entre éstas y el personal médico, enfermeras y administrativo en las unidades médicas y hospitalarias, por ello la importancia de conocer la infraestructura médica y hospitalaria existente antes de la reforma y la variabilidad o incremento después de la implementación del SPSS.



atención médica del primer nivel de atención o centros de salud urbanos, rurales; hospitales generales y regionales, en el segundo nivel de atención; y los hospitales de alta especialización o tercer nivel de atención; con la aclaración que distinguimos entre la infraestructura hospitalaria antes de la reforma y la existente a 2007. Los datos estadísticos en el nivel nacional, incluyen en la infraestructura, la comprendida en las instituciones públicas que conforman el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, y que integran el Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con información del INEGI,<sup>36</sup> en unidades médicas en servicio por instituciones del Sistema Nacional de Salud, en las que se comprende SSA, IMSS, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX y Hospitales estatales,<sup>37</sup> encontramos en el país un total de 18,335 unidades, de las cuales 987 son hospitales y 17,348 son unidades médicas de consulta externa; el personal médico por institución es de 135,159, en él se incluyen médicos generales, especialistas, pasantes y odontólogos; en el personal paramédico –enfermeras- por institución del Sistema Nacional de Salud era un total de 222,229 personas al cierre de 1999.

Conforme con el INEGI,<sup>38</sup> en unidades médicas en servicio por instituciones del Sistema Nacional de Salud, en las que se comprende SSA, IMSS, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX y Hospitales estatales, encontramos un total de 20,641, unidades médicas; de hospitalización, 1,182; en el personal médico por institución un total de 171,193, en él se incluyen médicos generales, médicos especialistas gineco-obstetras, pediatras, odontólogos y pasantes; el personal no médico en instituciones públicas de salud es de 490,284 personas, que incluye enfermeras, personal de trabajo social, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, administrativo y otro personal, al cierre de 2007.

En los términos de la información anterior en el período de 2000 a 2007, de acuerdo con el INEGI antes referida, observamos un incremento en las unidades médicas de 3,293; en hospitales, 195; en el personal médico, de 36,034 y en el

---

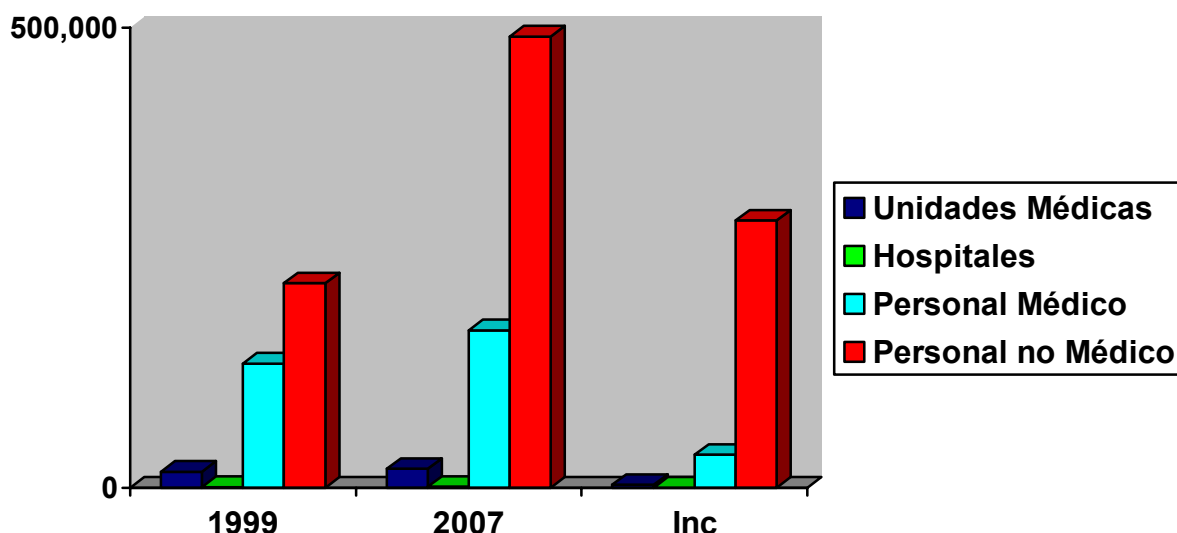
<sup>36</sup> INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, Edición 2000 pp. 145-166 que cubre el período de 1990 a 1999, y solo con referencia a la infraestructura hospitalaria en 1999.

<sup>37</sup> En hospitales estatales se entiende a los universitarios.

<sup>38</sup> INEGI. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 2008. pp.149-157, para el período de 1980 a 2007, incluye IMSS Oportunidades, con totales a 2007.

personal no médico, de 290,284 personas, lo que representamos gráficamente en la tabla 3 siguiente.

Tabla 3.<sup>39</sup> Infraestructura Hospitalaria y médica. Nivel Nacional



En el rubro de infraestructura hospitalaria, la Secretaría de Salud del gobierno federal,<sup>40</sup> en cuanto a la disponibilidad de recursos dentro de las instituciones de salud públicas del SNS señaló que en 2008, en el país se dispuso de 17.5 unidades de consulta externa por cien mil habitantes; se dispuso de 1.1 hospitales públicos, por cien mil habitantes; en relación con la disponibilidad de recursos humanos, es decir médicos y enfermeras, se dispuso de 1.4 médicos por cada 1,000 habitantes y 1.96 enfermeras por cada 1,000 habitantes.

<sup>39</sup> Elaboración propia con información obtenida en los anuarios estadísticos del 2000 y 2008 emitidos por el INEGI. En la gráfica podemos observar un mayor aumento en el personal y menor incremento en unidades médicas y hospitales, ello es congruente con datos de la Secretaría de la Salud en el nivel federal, que reportan que la mayor parte del presupuesto se destina a servicios personales, es decir, pago de nominas de salarios y gastos de operación, con casi nulo gasto de inversión en infraestructura. Secretaría de Salud. *Rendición de cuentas en salud 2008, México 2009*. Véase: [www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx). Consulta enero 2010.

<sup>40</sup> Idem

La misma dependencia federal, reconoció que en un análisis comparativo con algunos países de América Latina como Chile, Brasil y Colombia,<sup>41</sup> nuestro país se encuentra muy por debajo de la media de médicos que es 3.1, y la de enfermeras 9.6 por cada 1,000 habitantes respectivamente.

También del informe de cuentas de referencia,<sup>42</sup> advertimos que durante el 2008, el gasto público en salud en nuestro país representó el 3.2 por ciento del PIB, lo cual es menor que el que destinan diversos países latinoamericanos de desarrollo económico semejante o menor que México, como Uruguay, que destina el 10.0 por ciento; Costa Rica, el 9.3 por ciento; Brasil, el 7.9 por ciento y Bolivia, el 7.0 por ciento. En este punto advertimos una divergencia, entre el porcentaje del PIB que México destinó al gasto público en salud, pues mientras el informe de cuentas de 2008 citado refiere el 3.2 por ciento del PIB, en la obra,<sup>43</sup> se señala que en 2002 el bajo nivel de inversión en salud como porcentaje del PIB en México, fue del 6.1 por ciento.

Es importante que comentemos que el gasto público en salud en nuestro país, tuvo una reducción severa a mediados de los años 80's, pues del 3.7 por ciento del PIB en 1982 cae a 2.6 por ciento en 1984;<sup>44</sup> en el sexenio 1988 a 1994 no hubo modificación substancial y se mantuvo en 2.7 por ciento; en el sexenio 1994- 2000 descendió a 2.3 por ciento y para el sexenio 2000–2006, en el que se reformó la Ley General de Salud y se implementó el SPSS y el seguro popular de salud, para la protección en salud de casi el 50 por ciento de los mexicanos, es decir, de población

---

<sup>41</sup> Idem. En relación con la disponibilidad de recursos en los sistemas públicos de salud, los indicadores mínimos se establecen por la OCDE, lo que puede consultarse en Panorama de la Salud. 2007: Los indicadores de la OCDE. Véase: [www.OCDE.=Panorama+de+la+salud+2007+Los+indicadores+de+la+OCDE\\_](http://www.OCDE.=Panorama+de+la+salud+2007+Los+indicadores+de+la+OCDE_) Consulta marzo de 2010.

<sup>42</sup> Secretaría de Salud. *Rendición de cuentas en salud 2008, México 2009*. Véase: [www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx). Consulta enero 2010.

<sup>43</sup> Secretaría de Salud, *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006 p. 21

<sup>44</sup> Es el período en que se reforma el Artículo 4º Constitucional y se eleva a rango constitucional el derecho a la salud, de manera paradójica por un lado se reduce el gasto público en salud en relación con el PIB y por la otra se eleva a rango constitucional este derecho, incongruencias entre la norma, las políticas de gobierno y la realidad.

abierta, el gasto público en salud gradualmente ascendió en dicho periodo sexenal a 2.8 por ciento.<sup>45</sup>

En este mismo contexto de relación de gasto en salud con el PIB, el CONAPO en abril de 2007,<sup>46</sup> informó que la OMS, por conducto de su Comisión de Macroeconomía y Salud, en la quinta reunión celebrada en diciembre de 2001, acordó: *que los países de ingresos bajos y medios fomenten el desembolso en salud, es decir, el gasto en salud dedicado al presupuesto, en un punto del PIB para el año 2007 y en dos puntos del PIB para el año 2015, con respecto a niveles actuales.* Conforme con lo anterior, México debería alcanzar el 6.6 por ciento del PIB en salud para el 2007 y el 7.6 por ciento en 2015. De acuerdo con este organismo, en 2005, en México, el porcentaje del PIB destinado a salud pública fue de 2.9 por ciento.

La administración del presidente Calderón hizo su diagnóstico sobre las necesidades sanitarias y los recursos necesarios para enfrentar los retos en materia de salud en nuestro país. En el Programa Nacional de Salud 2007-2012,<sup>47</sup> se propone aumentar la escasa asignación de recursos públicos para la salud de la población: *para poder enfrentar de manera exitosa los retos que nos impone este nuevo perfil de daños es necesario movilizar mayores recursos financieros para la salud, de preferencia recursos públicos. Además, es indispensable modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria ...*

En relación con los gastos para infraestructura hospitalaria, la Secretaría de Salud federal cuenta en su programa operativo anual, en el ramo 12, destinado a la prestación de servicios de salud a población abierta o no derechohabiente, incluido un presupuesto anual para infraestructura hospitalaria, bien sea para la construcción o rehabilitación de unidades médicas y hospitales. Adicionales a este ramo, por disposición de la Ley General de Salud, las graves deficiencias en el mantenimiento y creación de nueva infraestructura deberán ser financiadas con recursos del Fondo de Previsión Presupuestal –FPP- integrados en el Fideicomiso de Protección Social

---

<sup>45</sup> López, O, Blanco J. *Salud y nuevas políticas sociales en México en:* Peña, F. Alonzo, Coord. Cambio Social, antropología y salud. México. CONACULTA, INAH, 2006 pp.15-26.

<sup>46</sup> CONAPO comunicado de prensa 08/ 07 de 3 de abril de 2007. Véase: [www.conapo.org.mx](http://www.conapo.org.mx). Consulta. Diciembre de 2009. Comunicados de prensa. 2007. Este es el antecedente en el nivel internacional, que motivó la reforma de 2003 a la Ley General de salud y la implementación de SPSS y en forma previa el seguro popular como programa piloto.

<sup>47</sup> Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012, México 2008. p.49

en Salud, creado en 2004 y operado en forma centralizada por la dependencia federal a través de la CNPSS.

En la Ley, está previsto el desarrollo de la infraestructura con utilización de los recursos del SPS y de acuerdo con el Plan Maestro de Infraestructura -PMI- Para ello, se creó la previsión presupuestal anual con una parte de los recursos que aportan tanto la federación como las entidades federativas, con la finalidad de resolver las deficiencias de infraestructura para atención primaria y especialidades básicas, en las entidades federativas de mayor marginalidad.<sup>48</sup>

A partir de 2004, por disposición de la Ley General de Salud, el Presupuesto de Egresos de la Federación, ha incluido recursos para cubrir la parte federal correspondiente al Fondo de Previsión Presupuestal, los cuales aumentan anualmente en proporción al número de familias afiliadas al seguro popular.

En el período 2004 – 2009, se transfirieron al Fideicomiso,<sup>49</sup> 7,913 millones de pesos destinados al Fondo de Previsión Presupuestal para cubrir las necesidades de infraestructura. Sin embargo, en el mismo período solamente egresaron 1,973 millones pesos,<sup>50</sup> lo que significó que el 75 por ciento, no fue invertido en los renglones aprobados por los legisladores en el Presupuesto de Egresos de la Federación correspondiente. El Fondo tiene un límite de anualidad presupuestal por ello, *los recursos sin ejercer al cierre del año fiscal correspondientes a cualquiera de los tres rubros contenidos en la previsión presupuestal anual serán transferidos anualmente al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.*<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> Artículo 77 bis 10, de la Ley General de Salud: *Con la finalidad de fortalecer el mantenimiento y desarrollo de infraestructura en salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, a partir de las transferencias que reciban en los términos de este Título, deberán destinar los recursos necesarios para la inversión en infraestructura médica, de conformidad con el plan maestro que para el efecto elabore la Secretaría de Salud.*

<sup>49</sup> Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Informe de Resultados al Primer Semestre de 2008, e Informe de Resultados al Primer Semestre de 2009*. Véase: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). Consulta marzo de 2010.

<sup>50</sup> Secretaría de Salud. Documento elaborado para la atención al requerimiento de información con número de folio IFAI/000120042109, *Informe de Resultados al Primer Semestre de 2009*.

<sup>51</sup> Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, Artículo 110. Los términos bajo los cuales los recursos sin ejercer al cierre del año fiscal correspondientes a cualquiera de los tres rubros contenidos en la previsión presupuestal anual, serán transferidos anualmente al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos conforme al artículo 77 Bis 18 de la Ley, seguirán lo establecido en las reglas de operación del fideicomiso.

Estos datos relativos al Fondo de Previsión Presupuestal que debe destinarse a infraestructura hospitalaria conforme al Programa Maestro en Infraestructura, en el período 2004 a 2009, podemos observarlos en la tabla 4 siguiente: <sup>52</sup>

**Tabla 4.**



Si hacemos un comparativo entre los datos contenidos en las tablas 3 y 4 anteriores, respecto de los presupuestos destinados a la inversión física, y para la ampliación de la infraestructura hospitalaria y los datos emitidos por la Secretaría de Salud en el nivel federal, en el documento *Rendición de Cuentas 2008*, concluiremos por una parte, que antes de la reforma de 2003, en el país la infraestructura hospitalaria era insuficiente para atender a la población en general y a la abierta en lo específico y la existente, en forma obvia por el trascurso del tiempo y uso, estaba

<sup>52</sup> Gasto infraestructura Fideicomiso de Protección Social en Salud.2004-2009 Fuente: Secretaría de Salud. Documento elaborado para la atención al requerimiento de información con número de folio IFAI/000120042109, *Informe de Resultados al Primer Semestre de 2009*. También en referencias del gasto en salud y en infraestructura hospitalaria, véase a: Lavielle Briseida. Et.al, en [http://www.fundar.org.mx/np2009/pdf/tendencias del gasto.pdf](http://www.fundar.org.mx/np2009/pdf/tendencias%20del%20gasto.pdf). Consulta marzo de 2010.

deteriorada o inhabilitada y en el discurso teórico oficial de la dependencia federal en salud como órgano rector, no observamos en la práctica una voluntad que enfrente el importante rezago en infraestructura hospitalaria en el nivel nacional y en áreas rurales o marginadas, con excepción del programa Caravanas de la salud. a partir de 2008.

Además, en segundo lugar, entre las disposiciones normativas contenidas en la Ley General de Salud con motivo de la reforma de 2003 para la implementación del SPSS, con el fin de extender la cobertura de protección en salud a la población abierta o no derechohabiente y la realidad imperante de una insuficiente infraestructura hospitalaria y médica, no obstante las buenas intenciones del legislador de extender o ampliar el derecho de la salud a dicha población abierta, existe una brecha amplia por recorrer, para el acceso efectivo a la prestación de los servicios de atención médica a la persona.

En este aspecto, relativo a la infraestructura hospitalaria en nuestro país y su relación con el SPSS y el seguro popular, es interesante un estudio y análisis en cuanto a la evolución de presupuestos anuales de la Secretaría de Salud en el nivel federal y de la integración de presupuesto con motivo del SPSS, elaborado por la organización FUNDAR, de manera especial, cuando destaca la insuficiencia de infraestructura como una de las razones esgrimidas por la CNPSS para explicar las deficiencias en el proceso de afiliación al seguro popular, respecto del cumplimiento de metas anuales programadas para dicho proceso de afiliación y las propuestas concretas de priorizar y aplicar en el presupuesto de egresos de la federación destinado a la Secretaría de Salud, al ámbito de la infraestructura hospitalaria.<sup>53</sup>

En una investigación reciente sobre el impacto de la reforma a la Ley General de Salud, la implementación del SPSS y ampliación en la cobertura del seguro popular, en la que participó la Secretaría de salud y fue realizada por el Instituto Nacional de Salud, se afirmó, que el área de seguimiento de la infraestructura humana y física,

---

<sup>53</sup> Díaz, Daniela. FUNDAR Centro de Análisis e Investigación, A.C., *Mortalidad materna y gasto público*. Véase: [www.fundar.org.mx/No.2000/pdf/tendenciadelgasto.pdf](http://www.fundar.org.mx/No.2000/pdf/tendenciadelgasto.pdf) y también referencias del gasto en salud y en infraestructura hospitalaria a: Lavielle Briseida. Et.al, en [http://www.fundar.org.mx/np2009/pdf/tendencias del gasto.pdf](http://www.fundar.org.mx/np2009/pdf/tendencias%20del%20gasto.pdf) tp:// . Consulta marzo de 2010..

es la que requiere mayor inversión en el sistema de información de salud en México en la actualidad. A medida que los recursos humanos y físicos atraigan la atención como impulsores importantes del cambio del sistema de salud, será importante que la Secretaría de Salud invierta en un mejor sistema de seguimiento y registro para permitir las futuras evaluaciones del impacto de la reforma en estas funciones clave del sistema de salud.<sup>54</sup>

#### 7. Evolución del subsistema de protección social en salud y el seguro popular de salud

Existen posturas teóricas que llamaremos positivistas, que sostienen que la implementación del SPSS a través de la reforma a la Ley General de Salud en 2003 y el seguro popular como instrumento operativo, jurídico y financiero del sistema, así como la ampliación de cobertura de protección social en salud, por medio del seguro popular a la población abierta o no derechohabiente; por una parte han tenido efectos positivos que repercuten en beneficio de la salud de la población beneficiaria y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, para ello, se apoyan en datos y bases estadísticas realizadas por la Secretaría de salud en el nivel federal.<sup>55</sup>

También existen otras posturas que llamaremos críticas, para quienes desde el punto de vista de la salud como derecho humano y la limitada intervención del Estado en el cumplimiento de este derecho, analizan y critican la reforma legal por la implantación del SPSS y la operatividad el seguro popular de salud, lo que realizan desde el punto de vista teórico y estructural del sistema por la descentralización de la prestación de los servicios de salud hacia las entidades federativas, la excesiva reglamentación y la carencia de instrumentos en la vigilancia y prioridad del destino de los recursos financieros. Resaltan que el sistema propicia, por una parte, aún más la segmentación de la población, y por otra, se apertura la intervención del sector privado en la prestación del servicio público de salud, ante la insuficiencia en la infraestructura hospitalaria y médica existente.

---

<sup>54</sup> Instituto Nacional de Salud. *Evaluación del impacto de la Reforma Mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial*, Salud pública Méx v.49 supl.1 Cuernavaca 2007.

<sup>55</sup> Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2000 ENSA y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2001. ENSANUT. Véase: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). Encuestas en salud. Consulta Diciembre 2009.



Para estar en posibilidad de emitir nuestro punto de vista en la evolución del sistema y del seguro popular, consideramos conveniente abordar en forma general las posturas antes referidas.

En relación con la postura positivista, en la investigación realizada por la Secretaría de Salud en coparticipación con otros investigadores de la Iniciativa Harvard para la Salud Global, Cambridge, MA, EUA y la Escuela de Salud Poblacional de la Universidad de Queensland, Brisbane, Australia,<sup>56</sup> en términos generales, el desempeño del sistema de salud mexicano ha mejorado durante el período de la negociación, legislación e implementación parcial de la reforma.

Los recursos públicos para los no asegurados se han incrementado y se han distribuido dichos recursos en todas las entidades federativas, atendiendo a la población objetivo; la cobertura efectiva para el país y para los no asegurados ha aumentado y los gastos catastróficos de salud han disminuido. Tal vez, lo más importante dentro de este período, sea que el sistema de salud en México ha sido cada vez más eficiente para llegar a los pobres. Estas mejoras han ocurrido durante un período importante de transición en las relaciones entre el nivel federal y los sistemas estatales de salud.

Sostienen los investigadores de referencia,<sup>57</sup> que aunque el Sistema de Protección Social en Salud aún se encuentra en sus fases iniciales de implementación, la evidencia resulta positiva porque la afiliación está alcanzando a los grupos más pobres; porque la utilización ha aumentado en los afiliados y la cobertura efectiva para la hipertensión arterial, mamografías, pruebas de detección de cáncer cérvico uterino e infecciones respiratorias agudas ha mostrado incrementos significativos. Estas mejoras en la prestación de servicios, están acompañadas de disminuciones en el gasto catastrófico. Existe también evidencia de una respuesta del lado de la oferta por las secretarías de salud estatales. Los no asegurados que habitan en comunidades con altos niveles de afiliación se han beneficiado de estos cambios en el lado de la oferta.

---

<sup>56</sup> Instituto Nacional de Salud. *Evaluación del impacto de la Reforma Mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial*. Salud pública, México, Vol.49 supl.1 Cuernavaca 2007

<sup>57</sup> Idem.

Además, sostiene la postura positivista, que si la reforma permanece intacta durante la nueva administración -se refieren al período 2007-2010- la expansión planeada de la afiliación llevará a incrementos sustanciales en el flujo de los fondos del gobierno federal hacia las entidades federativas, en forma proporcional al número de familias incorporadas. *La reforma ha legislado un derecho que, cuando se implemente en su totalidad, reducirá la desigualdad en el gasto por persona no asegurada en todas las entidades federativas, no obstante que la desigualdad aún no haya disminuido en gran medida, debido a que todavía falta la mayor parte del incremento en afiliación y en recursos. Esta expansión anticipada del gasto y la reducción de la desigualdad del mismo, dependen de que el gobierno federal pueda recaudar recursos adicionales y esto, a su vez, dependerá de la capacidad de la siguiente administración de legislar la reforma fiscal.*

Por otro lado, admiten los positivistas, que la siguiente fase de expansión de la reforma puede resultar más desafiante por dos motivos: primero, los servicios estatales de salud se han enfocado inicialmente en las localidades con cierto nivel de infraestructura del sistema de salud; el desafío para expandirse hacia las comunidades más marginadas, y al mismo tiempo manejar el volumen en constante crecimiento de los servicios que implica dicha expansión, requerirá de esfuerzos activos por parte de los gobiernos locales para aumentar los recursos humanos y suministrar la logística y la infraestructura física requerida; además, los recursos económicos o presupuestales ligados a la afiliación ayudarán a las entidades federativas a realizar estas tareas, pero mejorar los recursos humanos y la infraestructura conllevan rezagos, incluso si los gobiernos locales adoptan estrategias efectivas para lograr estos fines.

Durante este período de transición, los gobiernos locales o sistemas estatales de salud, enfrentarán un serio desafío para mantener altos niveles de satisfacción entre los afiliados y para animarlos a que vuelvan a hacerlo año con año, es decir, a reafiliarse.

En segundo lugar, el seguro popular ha clasificado a la mayor parte de los afiliados como pertenecientes al quintil o decil más bajo de ingresos y, por ende, no tienen que pagar una prima de seguro. Una comparación del perfil de ingreso de los

afiliados derivado del censo con aquel reportado por la CNPSS, sugiere que muchos hogares que no están en el quintil más bajo de ingreso se están afiliando al seguro popular, pero se les está clasificando como pertenecientes al quintil más bajo. De acuerdo con la ley, los hogares a partir del tercer decil o quintil y hacia arriba deben pagar una contribución familiar, que aumenta con el ingreso. La clasificación de la mayoría de los hogares como pertenecientes al quintil más bajo al momento de la afiliación es insostenible en el largo plazo. La expansión hacia hogares con ingresos más elevados puede implicar el cobro de la cuota de esta familia, lo que requerirá que los hogares más acomodados valoren los servicios proporcionados.

Uno de los aspectos que se reconocen en esta postura es que en los análisis no se han podido cuantificar los costos administrativos del proceso de afiliación, pero es probable que éstos aumenten por familia en la medida en que la afiliación se expanda hacia grupos de mayores ingresos y a las comunidades más marginadas; un reto doble de la extensión del seguro popular en los próximos años y desde su punto de vista, existen dos efectos adversos relacionados que pueden ocurrir si se dedica mucho esfuerzo para incrementar la capacidad de respuesta para los afiliados: los recursos pueden retirarse de los no asegurados hasta que se logre la cobertura universal, y la calidad técnica podría sacrificarse en aras de aumentar la cobertura.

Para los positivistas,<sup>58</sup> la filosofía de la reforma ha sido rediseñar el sistema de salud mexicano, de tal manera que los diversos actores cumplan diferentes funciones, en vez de preservar el actual sistema verticalmente fragmentado, y a medida que el seguro popular se implemente en su totalidad, se reducirá de manera considerable la brecha entre el gasto por individuo en el sistema de la seguridad social en el régimen contributivo y el de los individuos del seguro popular. El componente más interesante de la reforma mexicana de salud, es que los recursos fluyen a las entidades federativas en función de la afiliación y la reafiliación. Por ello, los sistemas estatales de salud deberán cerciorarse de que los afiliados estén satisfechos con la prestación del servicio, para volverse a afiliar año con año.

---

<sup>58</sup> Idem

También, ésta postura advierte que los poderosos incentivos financieros hacia los sistemas estatales de salud, pueden conllevar efectos adversos no intencionales. Entre los posibles efectos se encuentra: que los recursos podrían estar destinados sólo a los afiliados, lo que dejaría a los no afiliados en una situación de desventaja o de recibir una peor atención; que la cobertura mejore a costa de la calidad, y que las intervenciones terapéuticas supersaturen a las intervenciones preventivas. Consideran que para evitar tales efectos, el componente legal de la reforma, anticipó algunas de estas cuestiones e incluyó dos mecanismos para evitar los efectos adversos: 1. La creación de dos grupos independientes de fondos para los recursos destinados a las entidades federativas el relativo a la prestación de los servicios de salud a la comunidad o salud pública y el correspondiente a la prestación de los servicios de salud a la persona; y 2. La designación de paquetes explícitos para ambos, es decir, el CAUSES y el CASSCO. Si bien no se detalla en la legislación, la tercera fuerza que modela el impacto adverso potencial de las iniciativas en las secretarías de salud estatales, es un decidido compromiso de seguimiento y evaluación. Las comparaciones del desempeño estatal en este ambiente son críticas.

En relación con las posturas críticas,<sup>59</sup> se afirma la limitada intervención del Estado en el cumplimiento de este derecho y la apertura del sector privado en la prestación de los servicios de salud de atención médica. Realizan críticas a la implementación del SPSS y la operatividad el seguro popular de salud, lo que visualizan desde el punto de vista teórico y estructural del sistema por la descentralización en la prestación de los servicios de salud hacia las entidades federativas y resaltan que el sistema propicia la intervención del sector privado en la prestación de los servicios de salud. Oliva López Arellano y José Blanco Gil,<sup>60</sup> sostienen, que a los retos de ampliar la cobertura de atención, elevar la calidad en la prestación de los servicios de salud, favorecer la equidad atendiendo prioritariamente a la población pobre y enfrentar sobre todo a las enfermedades que por su magnitud y trascendencia, constituyen problemas de salud pública. El Programa Nacional de

---

<sup>59</sup> López Arellano, Olivia y Blanco Gil, José. *Salud Colectiva*. Vol. 4. Núm.3, Lanús sept/dic. 2008. *Caminos divergentes para la protección social en salud en México*. INSP, México 2008.

<sup>60</sup> Idem

Salud 2001-2006 derivado del PND de Vicente Fox, propuso un seguro voluntario para la población pobre sin seguridad social, denominado seguro popular de salud, que sintetiza la estrategia del gobierno mexicano, para continuar la reforma neoliberal del sistema de salud iniciada en los años 80's y reordenar el sistema público de atención a la salud en la lógica mercantil: la salud como un bien privado y su atención un servicio diferenciado, en donde los pobres reciben paquetes básicos de prestaciones costo-efectivas y los no pobres, resuelven sus necesidades en el mercado.

Desde la óptica de la postura crítica, la reorganización financiera y operativa del sector, a través del seguro popular de salud, pretende debilitar los llamados monopolios públicos, impulsar la transferencia de fondos públicos a organismos privados y diversificar los prestadores de servicios, con el propósito de enfrentar con mayor eficiencia el agotamiento de la capacidad de respuesta por parte del Estado, en la prestación de los servicios públicos de salud y destacan: la desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad, el insuficiente financiamiento público, la inequidad en la distribución de los recursos y la desprotección financiera frente a los gastos catastróficos generados por enfermedades graves.

En este contexto,<sup>61</sup> el margen de maniobra de los sistemas locales o estatales de salud, se reduce a su mínima expresión, pues en la mayoría de las entidades federativas, sólo se disponen de recursos para el pago de la nómina de los trabajadores del sector y para hacer frente a los gastos fijos, por ejemplo: agua, energía eléctrica, servicio telefónico y vigilancia, por lo que el financiamiento para las tareas sustantivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a los daños, es prácticamente inexistente; lo que deslegitima su quehacer frente a la ciudadanía y se refuerzan las tesis neoliberales de que la ineficiencia, la mala calidad y el burocratismo son características inherentes a los servicios públicos y se legitiman las propuestas de mercantilización de lo público y de privatización de lo público rentable.

Para la postura crítica, el programa piloto del seguro popular de salud que dio pie a la reforma a la Ley General de Salud con la implementación del SPSS, plantea

---

<sup>61</sup> Idem

la reestructuración de los fondos del sistema público, bajo un discurso de protección financiera, para evitar el empobrecimiento de gastos catastróficos en atención médica; seguro voluntario de integración inicial bipartito y con posterioridad tripartito, en el que el aporte financiero federal se condiciona al volumen de afiliados, es decir, subsidia la demanda y se orienta a familias de bajos ingresos y sin seguridad social; de manera que las entidades federativas se comprometen a otorgar la atención y servicios contratados por los asegurados o afiliados al seguro, *con la misma infraestructura, recursos y personal ya existente en los sistemas locales de salud, lo cual genera una presión adicional sobre las ya insuficientes y deterioradas instituciones públicas y sobre los trabajadores de la salud*. De esta manera, para que los sistemas estatales de salud tengan acceso a recursos adicionales, es necesario afiliar al mayor número de beneficiarios.<sup>62</sup>

Esta premisa, introduce la lógica mercantil del aseguramiento privado al sistema público, distrayendo al personal operativo en tareas de publicidad, afiliación, construcción de padrones, identificación de preexistencias, control de altas y bajas, e incrementa los costos administrativos y de gestión en los servicios públicos de salud y además, se obliga a las familias beneficiarias a prepagar un paquete de servicios de salud CAUSES, que antes de la reforma, también se proporcionaban a la población abierta y en atención a un estudio socioeconómico, que inclusive en el supuesto de no contar con recursos económicos para el pago de la cuota recuperación, la prestación del servicio de salud o atención médica era gratuita.

En esta misma postura crítica, en relación con el acceso a los servicios de salud, para Montiel,<sup>63</sup> en la propuesta e implementación del gobierno mexicano del conocido seguro popular de salud, la Secretaría de Salud en el nivel federal, aseguró que la mayoría de las localidades afiliadas a este seguro son rurales y seis de cada diez presentan niveles altos o muy altos de marginación, y en el IV informe de gobierno de Fox, en agosto de 2004, se expresó que al término de 2004, se había estimado afiliar a 1.5 millones de familias en 29 de las 32 entidades federativas. Al respecto, la investigadora se cuestionaba cómo se atendería a estas nuevas familias

---

<sup>62</sup> Idem.

<sup>63</sup> Montiel, Lucía. *Derecho a la salud en México: Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria*. Rev. IIDH, Vol. 40, México, 2005, pp. 291-12

afiliadas al seguro popular en áreas de altos niveles de marginación, *cuando es precisamente en dichos lugares donde la infraestructura, bienes y servicios de salud son escasos y cuando existen, se encuentran en condiciones precarias* como lo admitió la propia dependencia federal en su informe de rendición de cuentas de 2003. Para ella, hablar de una cobertura universal significa no sólo que exista una afiliación de la población a un seguro médico, sino que cada uno de los nuevos afiliados tenga acceso efectivo a los servicios de salud que se proporcionan; a ello, se debe sumar los problemas financieros y de *insuficiencia en la infraestructura hospitalaria que enfrenta el sistema de salud mexicano*, que obstaculizan el acceso universal a los servicios de salud.

Concluye al sostener, que el derecho de la salud como derecho social, se contempla constitucionalmente, ya que en la práctica, este derecho no se ve reflejado, ni en la existencia de mecanismos para hacerlo exigibles, ni una situación social que permita avalar que el derecho a la salud sea una realidad. De manera que para el gobierno mexicano, la universalidad significa que todos tengan la opción de adquirir un seguro y no la garantía de tenerlo, ya que esto dependerá de la capacidad económica de la población ante la naturaleza voluntaria del seguro popular de salud.

En esta misma postura crítica, Silvia Támez González y Catalina Eibenschutz,<sup>64</sup> investigadoras de la Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F., en el área de la salud, sostienen que a partir del 2000, durante el gobierno de Vicente Fox, se diseñó y aplicó el Programa Nacional de Salud 2001-2006, que fue titulado *La democratización de la salud en México*, en el cual se plantearon las necesidades de *alinear las políticas fiscales con las políticas de salud mediante el estímulo al prepago por la atención a la salud*. En el documento *La Reforma de la Salud en México*, basado en el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2000 de la OMS, se presentaron cuatro acciones prioritarias para lograr las metas del Programa

---

<sup>64</sup> Tamez González, Silvia y Eibenschutz, Catalina. *El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud*. Revista de Salud Pública, Vol.10, supl.1. Bogotá, dic, 2008

Nacional de Salud 2001-2006, a saber: 1. Establecer el seguro nacional de salud, actualmente Seguro Popular de Salud; 2. Separar el financiamiento de la prestación de servicios; 3. Incentivar la participación del sector privado en el cuidado de la salud y 4. Crear un fondo nacional de salud pública. La principal razón que fue esgrimida en favor de incentivar la participación privada en la prestación de servicios de salud, fue la saturación de los servicios del IMSS.

Por su parte, la propuesta gubernamental, con claros tintes privatizadores, señaló que ante la imposibilidad de atender a la *nueva población derechohabiente*, constituida por los grupos cotizantes más altos y por los trabajadores de la economía informal, *se debía utilizar la infraestructura disponible*, a través de establecimientos privados mediante un financiamiento público. En la actualidad, este proceso de transformaciones tiene como principal pivote la expansión del seguro popular de salud.

Con la implementación del seguro popular, las investigadoras referidas observan una configuración diferente del Sistema Nacional de Salud, con una clara separación entre instituciones administradoras del financiamiento y prestadoras de servicios, que a diferencia del esquema anterior, en el que sólo podían ser públicas, en la actualidad también pueden ser privadas. Ello plantea, para la población, una segmentación del sistema que, aunque sigue teniendo como característica fundamental la separación entre población asegurada y no asegurada, abre para ambas, una diversidad de servicios a los que estos grupos podrán acceder a partir de seguros privados, de acuerdo a su capacidad de pago.<sup>65</sup>

Desde su punto de vista,<sup>66</sup> la nueva estructura del SNS, anticipa una recomposición de la segmentación de la población, con base en una nueva forma de acceso diferencial a los servicios de salud. Así, el acceso de la población a la atención médica ha sido redefinido, conformándose un grupo bajo la cobertura de la seguridad social, compuesto fundamentalmente por trabajadores de la economía formal de media y baja cotización, los afiliados al IMSS y al ISSSTE; otro grupo de población en el ámbito de SPSS, que a su vez se subdivide en dos subgrupos; uno

---

<sup>65</sup> Idem.

<sup>66</sup> Idem.



proveniente de la economía informal, población pobre no asegurada ubicada en el régimen no contributivo del seguro popular que en el mejor de los casos, tendrá acceso a los servicios de salud brindados por las instituciones estatales de salud, compitiendo por la atención médica con otro subgrupo que se ubica en el régimen contributivo del seguro popular de salud, en los deciles de ingreso del III al X y por último un tercer grupo que estaría constituido por la población o personas que accederán a servicios privados de atención médica de acuerdo a su capacidad de pago.

Esta diversificación o estratificación de la población, contribuye para el futuro inmediato, en una fragmentación del SNS que determinará nuevas condiciones diferenciales del acceso de la población a los servicios médicos; condiciones que contribuirán a incrementar la desigualdad social que prevalece en México.

Desde nuestra perspectiva, coincidimos con algunos aspectos de las posturas positivistas y críticas mencionadas, de manera esencial en cuanto a la fragmentación del SNS por la segmentación de la población derechohabiente en la seguridad social en el primer y segundo subsistema de la seguridad social en el nivel contributivo y las familias beneficiarias del SPSS, a través del seguro popular de salud con sus dos regímenes de contribución familiar. La apertura del sector privado en la prestación del servicio de salud a población abierta beneficiaria del seguro popular de salud, cuyos costos serán cubiertos con recursos públicos; y de manera muy especial, en la insuficiencia de la infraestructura hospitalaria y médica a través de la cual se prestan los servicios públicos de salud a la persona.

También, agregamos que el sistema de salud mexicano es un sistema mixto, fragmentado, compuesto de servicios de salud públicos para población no asegurada y afiliados a la seguridad social, y de servicios de salud privados para las personas con capacidad de pago.<sup>67</sup>

La seguridad social en el nivel contributivo la describimos en el primer y segundo subsistemas de protección, que incluyen a las instituciones públicas del

---

<sup>67</sup> Frenk J., Lozano R., González-Block MA, Et al. *Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. México, D.F. Fundación Mexicana para la Salud, 1994.* Véase: OCDE sobre los Sistemas de Salud: México; 2005. París OCDE y OMS Informe sobre la salud en el Mundo 2000, en relación con la fragmentación del sistema nacional de salud.

IMSS, que cubre a los trabajadores del sector formal; el ISSSTE, que afilia a los empleados de los diferentes niveles de gobierno; y lo que llamamos modelos desarticulados en PEMEX, que ofrecen atención a los trabajadores de esta paraestatal y el ISSFAM, que contempla a los miembros de los cuerpos castrenses SEDENA y la SEMAR, que son atendidos al interior de las organizaciones a las que pertenecen, pues las mismas cuentan con un sistema propio de aseguramiento y de prestación de servicios de salud.

Agregamos, además al ya existente desde la década de los 70's del siglo pasado, al Programa IMSS Oportunidades, que se enfoca también a la población abierta, es decir, a personas ubicadas en áreas urbanas o rurales de alta marginación social o población indígena o campesina sin capacidad contributiva, y que a partir de finales de 2007, será un prestador de servicios de salud de atención médica en el SPSS a través del seguro popular de salud.

En el ámbito de las reformas a la LGS y la implementación del SPSS y el seguro popular de salud, coincidimos con algunos aspectos de las posturas antes descritas, que exponemos a continuación: 1. En relación con la población no asegurada o población abierta, los sistemas estatales de salud en las entidades federativas son los principales proveedores de los servicios de salud para esta población, que en general, se compone por personas de escasos recursos económicos, trabajadores del sector informal, desempleados, población indígena, rural o campesina, en general sin capacidad de contribución.

Pensamos que la reforma, contribuye a fragmentar aún más el SNS en este aspecto de estratificación de grupos por su condición social o económica y ello acrecienta las desigualdades sociales. Más aún, cuando en el SPSS, se distingue entre familias o personas beneficiarias del seguro popular de salud sin capacidad contributiva y ubica en el decil I y II de ingreso, para quienes los servicios de salud son gratuitos y los denominan del régimen no contributivo; y las personas o familias con capacidad de pago en los deciles III al X y ubica en el régimen contributivo del seguro popular.

También pensamos que contribuye a la existente segmentación entre los mismos, porque, primero, la celebración de acuerdos, con otro proveedor de

servicios públicos de salud de atención médica, como el IMSS Oportunidades, los enfoca en áreas urbanas o rurales de marginación social y población indígena, y es, precisamente a este grupo de población, que antes de la reforma se le llamaba población abierta, a quien se dirigen las reformas de la Ley General de Salud y la implementación del SNPSS y del seguro popular de salud. Además, en segundo término, apertura la contratación de servicios de salud en el sector privado.

2. Esta reforma legislativa es compleja estructural, operativa y jurídicamente. Quizá, sin dudarlo, pretende responder a las crecientes y cambiantes demandas de salud en la población, en especial en la operación de los aspectos financieros, tanto en el contexto nacional como en el internacional y busca mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, mediante la descentralización hacia las entidades federativas; además de fortalecer a la Secretaría de Salud, como órgano rector en esta materia y lo más importante, ampliar la cobertura en la prestación de los servicios de salud tanto a la comunidad o salud pública como los servicios de salud a la persona, en el supuesto de una descentralización real de atribuciones, en especial en el ámbito financiero.

3. Nos cuestionamos, cómo es posible una reforma legal de la magnitud que comentamos, sin un diagnóstico previo de la existencia y capacidad instalada de una infraestructura hospitalaria y médica, mediante la cual se concretará la materialización o acceso efectivo a la atención médica de los servicios de salud; no obstante, ser del dominio público la precariedad e insuficiencia en la capacidad instalada y de respuesta médica de las instituciones de seguridad social en el nivel contributivo y en especial de las existentes en las entidades federativas; conocimiento que no debe ni puede negar la Secretaría de Salud en el nivel federal. Prueba de ello, es precisamente la apertura del sector privado de salud en la prestación pública de los servicios de salud de atención médica, la coordinación con IMSS Oportunidades, como prestador del seguro popular para aprovechar precisamente la infraestructura hospitalaria y médica de este programa; además el programa Caravanas de la Salud, que si bien se dirige a lugares geográficos dispersos en el país, requirió de importante inversión de recursos para la adquisición

y equipamiento de las unidades móviles de salud o itinerantes y la contratación temporal de personal médico o paramédico para su operación.

Es cierto que debemos reconocer, que durante las últimas décadas, en nuestro país se han generado y recibido los beneficios de una mejoría notable en las condiciones de salud. El mejor reflejo de ello, es el fenómeno del envejecimiento de la población, que motiva nuestro trabajo de investigación, el incremento en la esperanza de vida al nacimiento, que en la segunda mitad del siglo XX, este indicador tuvo un incremento de 27 años: de 48 años en 1950 a 75 en 2005; la mejora de indicadores de salud poblacional como el descenso de la mortalidad infantil y la baja en los índices de fecundidad.

Si bien estos avances han sido, en buena medida, y han contribuido en la mejoría en las condiciones generales de vida, no podríamos explicarlos sin tomar en cuenta el consistente esfuerzo de las instituciones de salud en México, que conforman el Sistema Nacional de Salud, no obstante su heterogeneidad y fragmentación o desarticulación. Coordinación del SNS, que en el ámbito de la salud pública, es admirable.

Consideramos oportuno expresar, que entre los antecedentes que se tomaron en cuenta y motivaron la realización ésta reforma legal a la Ley General de Salud, fueron importantes estudios de investigación en materia de salud por parte de FUNSALUD,<sup>68</sup> en ellos observamos que, entre los aspectos prevalecientes, estaba la importancia creciente de las enfermedades no transmisibles; la *inversión insuficiente en salud*; ordenar y redistribuir el gasto público en salud y la propuesta de un *seguro nacional de salud*,<sup>69</sup> que se tradujo en parte, en el hoy seguro popular de salud. Asimismo la reforma ha permitido movilizar recursos adicionales para la salud en

---

<sup>68</sup> La Fundación Mexicana para la Salud -FUNSALUD- es una institución privada al servicio de la comunidad, que tiene como misión contribuir a la salud en México y como visión ser punto de referencia en la discusión de la agenda de temas de salud en el país. *La salud en México: 2006/ 2012 Visión Funsalud*. Véase: [www.funsalud.org.mx](http://www.funsalud.org.mx). Consulta marzo de 2010.

<sup>69</sup> En relación con la propuesta de un seguro universal de salud –suSALUD-, que implicaba separación del financiamiento y la prestación de los servicios de atención médica en todas las instancias y unidades operativas del sector público, dicha propuesta permitiría una prestación plural de servicios y de manera especial, rompería la fragmentación institucional, e implicaba no sólo separación de financiamiento y atención médica, también la separación entre la prestación médica de otras prestaciones sociales como pensiones, vivienda; propuesta que no se reflejó de esta manera en la reforma a la LGS. Véase: propuesta en FUNSAUD Idem nota. 68 infra.

especial por el aumento del gasto público en relación con el PIB pues en 2005,<sup>70</sup> según datos de FUNSALUD, el gasto en salud como porcentaje del PIB, se incrementó a 6.6 por ciento gracias, sobre todo, por la implementación del SPSS. Aumento del gasto público en relación con el PIB, que se prevé que en 2010, mediante esta movilización de recursos, representará alrededor de 7 por ciento del PIB; aunque se trata de un incremento importante, esta cifra todavía se ubicará apenas en el promedio latinoamericano y muy por debajo del nivel de gasto de otros países de ingresos medios de la región.<sup>71</sup>

No omitiremos señalar, que para la consecución de propósitos universales en materia de protección social en salud, focalizados a mujeres mediante el programa Embarazo Saludable y a niños, el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud, implementó a partir del 1º de diciembre de 2006, la estrategia prioritaria del *Seguro Médico para una Nueva Generación*, como un programa de aseguramiento médico, a través del cual, el Estado mexicano garantiza a todos los niños nacidos a partir del primero de diciembre de 2006, una cobertura médica integral, con el propósito de reducir la incidencia de enfermedades y discapacidades en la población de recién nacidos y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida; sólo en el supuesto de no contar con esquema de seguridad social, y además la aplicación operativa y financiera se incorpora al SPSS.<sup>72</sup> Desde nuestro punto de vista, éste programa corresponde a una política sexenal, porque la salud materno infantil es y ha sido desde 1980, una acción de salud pública preventiva en el nivel nacional.

Asimismo, para garantizar el acceso a los servicios básicos para toda la población y acercar los servicios de salud a las personas, a través de la participación de todas las instituciones y organismos que conforman el SNS y permitir el mejor aprovechamiento de la infraestructura física y tecnológica instalada, insumos y recursos humanos; así como extender la cobertura de atención en zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud, a partir de 2007, se creo

---

<sup>70</sup> Idem.

<sup>71</sup> Idem.

<sup>72</sup> Secretaría de Salud. *Rendición de Cuentas en Salud 2007*. México, 2007 p. 130. Véase: [www.salud.gob.mx / .rendición de cuentas\\_2007](http://www.salud.gob.mx / .rendición de cuentas_2007). Consulta marzo de 2010.

el *Programa Caravanas de la Salud* –unidades móviles y equipos de salud itinerantes- integradas a las redes de servicios. Mediante dichas unidades móviles, se canalizará la atención médica a los niveles de atención de mayor complejidad. Ello, para hacer realidad la cobertura universal de servicios de atención primaria a la salud, de manera que este programa permitirá extender la afiliación de familias al seguro popular de salud y al seguro médico para una nueva generación, cuya aplicación operativa y financiera se incorpora al SPSS.<sup>73</sup>

En los anteriores términos, podemos decir, que mediante la reforma a la Ley General de Salud y la implementación del SPSS, se han introducido nuevas reglas de financiamiento e incentivos; que la principal innovación de la reforma ha sido el seguro popular de salud y que éste ha permitido un incremento significativo en la inversión pública en salud, cuya fuente de financiamiento esencial, proviene de impuestos federales y de contribuciones estatales; que la población objetivo ha incluido en forma mayoritaria a quienes carecen de recursos económicos y se encuentran en el I y II decil de ingresos y que no son beneficiarias de la seguridad social en el nivel contributivo.

También ha contribuido a fortalecer la función rectora de la Secretaría Salud en el nivel federal en la coordinación, regulación y evaluación en la prestación de los servicios de salud; asimismo, introdujo una separación del financiamiento entre los servicios de salud a la comunidad y los servicios de atención a la persona, con la constitución de los respectivos fondos de financieros y catálogos de servicios y acciones de salud comprendidas para cada uno de ellos; que si bien los servicios para los afiliados del seguro popular, se contratan en su mayor parte, pero no exclusivamente con prestadores públicos, pues se abrió la intervención del sector privado en salud, mediante la celebración de contratos privados, para la prestación de servicios públicos de salud.

De esta manera podríamos concluir, que la reforma está produciendo resultados positivos, en especial por el incremento en el monto de los recursos

---

<sup>73</sup> Ibidem pp. 121-123. Desde en sexenio de Salinas de Gortari, en algunas entidades del país como Tabasco, Coahuila y el DF, ya existían los programas de unidades médicas de salud móviles, para la atención médica, la promoción y educación para la salud, inclusive detección de enfermedades o enfermos.

destinados a salud o gasto en salud que se ha ido incrementando por la implementación del SPSS; también por el incremento en el número de familias aseguradas, pues se asegura por la Secretaría de Salud, que al cierre del 2008, se tenían afiliadas 9.1 millones de familias, lo que se traduce en una cobertura en favor de 27.2 millones de beneficiarios, lo que equivale a un cumplimiento del 100 por ciento de la meta para 2008.<sup>74</sup> Sin embargo no queremos ni debemos claudicar en una postura crítica y cuestionarnos que la sola afiliación o registro de incorporación al seguro popular, no implica o conlleva en sí misma, el acceso efectivo a la prestación de servicios de salud de atención médica y por lo tanto, de la ampliación de cobertura efectiva, sobre manera, por la insuficiente capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica existente; lo que constituirá retos, desafíos y perspectivas futuras de esta reforma legal, en especial el seguimiento y evaluación de su cumplimiento y de la asignación y erogación de los recursos públicos para los fines del derecho de la salud.

Hasta aquí, pareciera que nos hemos olvidado de nuestras personas viejas, lo que no acontece, pues en relación con la protección social en salud extensiva a ellas, también podemos afirmar que, si bien en la exposición de motivos de la reforma,<sup>75</sup> se hizo hincapié en las importantes presiones, sobre todo económicas, que sobre el SNS ejercen las transiciones demográficas y epidemiológicas; y en la ley se precisó en el artículo 77 bis 1, que el Estado garantizará el acceso efectivo a los servicios médicos quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios y que como mínimo se deberá contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y *geriatria* en el segundo nivel de atención; veamos ahora, las bondades de ésta reforma legal, para las personas viejas.

---

<sup>74</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2008*. Véase: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). Sistema de Protección Social en salud\_informe de resultados 2008 p. 4

<sup>75</sup> Exposición de motivos de la reforma a la Ley General de Salud enviada al Congreso de la Unión por el Poder Ejecutivo Federal el 12 de noviembre de 2002, pp. 231 – 235 del *Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006

En el CAUSES, sólo advertimos entre las acciones preventivas del adulto mayor, la línea *19 de vida: acciones preventivas para el adulto mayor*,<sup>76</sup> para proporcionar la Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor y las acciones de vacunación nacional. En términos generales, conforme al CAUSES, las acciones preventivas, de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades denominadas crónico degenerativas, propias de las personas viejas, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, depresión, hiperplasias prostáticas y osteoporosis, corresponden al primer nivel de atención y son en su mayoría, acciones preventivas y forman parte de la salud pública, con excepción, las que de manera muy específica, se relacionan con las cirugía de cataratas e hiperplasias prostáticas.

Del informe consultado,<sup>77</sup> también advertimos que las acciones de salud en cuanto al acceso de la atención médica o enfermedades cubiertas por el seguro popular de salud mediante el FPGC, en términos generales, se destinaron y destinan a mujeres y niños a través del Seguro Médico para una Nueva Generación, el Programa Embarazo Saludable y el programa Caravanas para la salud, así como cirugías de cataratas.<sup>78</sup>

Para la Secretaría de Salud, la investigación alrededor de los problemas de salud de los adultos mayores, su prevención y tratamiento, resulta particularmente pertinente, pues en El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se propone: Fortalecer el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social -FOSISS- incentivar las actividades de investigación y desarrollo tecnológico hacia los problemas de salud emergentes y las enfermedades no transmisibles, que hoy afectan de forma prioritaria a la población. Por ello, es necesario consolidar la investigación de la salud del adulto mayor, a través de la creación del Instituto Nacional del Envejecimiento y la Salud, derivado del Programa de acción específica

---

<sup>76</sup> Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006, AT.1 *Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud -CAUSES-* del Sistema de Protección Social en Salud vigente en 2006. p. 137

<sup>77</sup> Secretaría de Salud. *Rendición de Cuentas en Salud 2007*. México, 2007 p. 130. Véase: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx) . \_rendición de cuentas.2007. Fecha de consulta marzo de 2010.

<sup>78</sup> Ibidem pp. 46 47



2007- 2012,<sup>79</sup> *Investigación para la Salud, en el diagnóstico de Retos 2008-2012*, en el cual, respecto de los *ancianos* expresa: *Ancianos*. Se calcula que en el país la población mayor de 60 años de edad se duplicará hacia el año 2025. En la actualidad, aproximadamente la mitad de los ancianos mayores de 70 años en México viven en pobreza y sólo alrededor de un tercio percibe un ingreso fijo. Los ancianos que viven en la pobreza son más vulnerables porque están sujetos a diversas presiones sociales y de manera cotidiana se enfrentan a una realidad, la cual no pueden modificar por falta de control y poder. Un alto porcentaje de adultos mayores en estas condiciones tienen padecimientos crónicos, nutricionales, limitaciones físicas, soledad, baja autoestima, depresión y fragilidad. *México no cuenta con proyectos que les garantice a los ancianos transitar su vejez con una calidad de vida adecuada que incorpore seguridad económica, servicios de salud, apoyos institucionales, entre otros*. Los ancianos mexicanos, constituyen un grupo vulnerable debido principalmente a las carencias que enfrentan, ya que sólo el 19 por ciento de los adultos mayores de 65 años, cuentan con algún tipo de pensión o ingreso. El crecimiento vertiginoso de este grupo poblacional nos obliga a enfrentar problemas asociados a la falta de servicios institucionalizados adecuados para este grupo y que la misma sociedad no tengan la capacidad para darles la atención que requieren.

En México, se ha documentado que las enfermedades más comunes en este grupo son las de tipo crónico degenerativo como enfermedades músculo-esqueléticas, artritis, hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, ceguera, sordera y alteraciones de los sentidos; además de enfermedades mentales como depresión y demencia. Este tipo de enfermedades supone una alta tasa de utilización de servicios de salud y un alto costo asociado a estos servicios. La mayoría de los ancianos no cuenta con seguridad social, por lo que el gasto catastrófico en salud es un factor de riesgo de un mayor empobrecimiento para los ancianos y sus familias.

---

<sup>79</sup> Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico 2007-2012 Investigación para la salud, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México 2008, p. 53-54. Véase: [www.salud.gob.mx/descargas/PAEIPS.pdf](http://www.salud.gob.mx/descargas/PAEIPS.pdf). Consulta marzo de 2010.

Asimismo, la Secretaría de Salud,<sup>80</sup> resaltó que el envejecimiento demográfico en México no es reversible, pues los adultos mayores del mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de los 60 y más a partir de 2020; pero no advertimos, que la generación actual de personas viejas, no obstante considerarse como un grupo vulnerable, se le dirigieran en los hechos o en la práctica, programas específicos de servicios de salud a la persona, excepto las campañas de vacunación y cirugías de cataratas.

En éste documento, nos interesa llamar la atención en tres aspectos: el primero relacionado con la creación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento,<sup>81</sup> -CONAEN- creado en 1999 y los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento en las entidades federativas, se afirmó por la dependencia federal, que para el 2006 existían en el país 27 comités estatales, en los que participan las instituciones que conforman el sector salud en el nivel federal, estatal, municipal, universidades y ONG; cuyo objetivo esencial era contribuir a la prevención y control de enfermedades prevalentes de este grupo de edad, y el desarrollo de estrategias para su prevención oportuna.

Entre los objetivos específicos: la elaboración del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, promover la capacitación de recursos humanos, establecer mecanismo para garantizar la calidad de los servicios de salud, establecer modelos de investigación en la materia y coordinar acciones con las instituciones y organismos integrantes para dar homogeneidad a las acciones, así como promover la creación de los comités estatales de atención al envejecimiento, sin que hayamos advertido seguimiento, evaluación y acciones concretas en este aspecto.

Asimismo, en el documento de referencia,<sup>82</sup> se resaltan como acciones en pro de un envejecimiento activo y saludable, la Política Pública Nacional de Vacunación para el adulto mayor, con un esquema básico consistente en vacuna antiinfluenza, antineumococo y toxoide tetánico-diftérico; las semanas de salud para gente grande;

---

<sup>80</sup> Secretaría de Salud. *Programa de acción específico 2007 2012 Envejecimiento*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México 2008. Véase: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). Fecha de consulta marzo de 2010

<sup>81</sup> En su origen el CONAEN estructuralmente dependía de dicha dependencia federal a través de la Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades. En la actualidad, esta Subsecretaría se denomina de Prevención y Promoción de la Salud.

<sup>82</sup>Ibidem pp 24-25

la obtención de información a través de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento –SABE- en el DF y áreas conurbadas, misma que proporcionó datos confiables y oportunos sobre el diagnóstico situacional del envejecimiento en dicha zona y diversas acciones de promoción de una cultura del envejecimiento mediante la elaboración, reproducción y distribución de documentos en la materia, como el relativo a las Guías de Hiperplasia Prostática, depresión y Alteraciones de la memoria, para capacitación del médico del primer nivel de atención.<sup>83</sup>

El segundo aspecto que deseamos resaltar, consiste en acciones futuras, pues la dependencia federal citada expresa,<sup>84</sup> que entre los Retos y desafíos 2007-2012, que implica el envejecimiento de la población en nuestro país, *deberá* priorizarse: la realización de un diagnóstico en el país de Salud Bienestar y Envejecimiento de manera sectorial e interinstitucional, que sea la plataforma para la realización de políticas y programas en pro de un envejecimiento activo y saludable; implementar el modelo de los Centro de Día de Atención al Envejecimiento -gerontogerítricos- para el adulto mayor con discapacidad física y mental, para que la familia pueda contar con elementos mínimos e indispensables para dejar bajo resguardo seguro y en horario diurno a su familiar que requiere cuidados asistenciales; realizar campañas de comunicación social permanentes, a fin de generar una nueva cultura sobre el envejecimiento poblacional; consolidar al Comité Nacional y los Estatales de Atención al Envejecimiento, con el fin de que puedan establecer políticas nacionales en favor del envejecimiento activo y saludable, mediante la participación interinstitucional, en especial del DIF nacional y del INAPAM, así como consolidar la política de esquema básico de vacunación, mediante la intensificación de actividades de promoción a la salud, durante la Semana de Salud para Gente Grande.

El tercer aspecto, para nosotros relevante por la admisión en la desarticulación de acciones interinstitucionales y órdenes de gobierno federal y local,

---

<sup>83</sup> El esquema de vacunación nacional se encuadra en acciones de prevención de la salud y forma parte de los servicios de salud a la comunidad, es decir, son acciones de salud pública.

<sup>84</sup> Secretaría de Salud. *Programa de Acción Específico 2007-2012, Envejecimiento*. Subsecretaría de Promoción a la salud, México, 2008, nota 79 infra.

consiste en que en agosto de 2008, la Secretaría de Salud en el nivel federal afirmó:<sup>85</sup>

*En México, a pesar de la información generada intra e interinstitucionalmente, aún no se refleja las necesidades de los adultos mayores, en virtud de que sólo se registran los datos de morbilidad de los usuarios de los servicios de salud y por otro lado, cada institución tiene su propio sistema de información que no siempre es compatible con la del Sector Salud, lo que impide generar políticas públicas en materia de envejecimiento en los tres órdenes de gobierno; además la aplicación de la encuesta SABE que es específica para el adulto mayor y proporciona información sobre sus necesidades, en nuestro país sólo se dispone de los beneficios de este estudio en dos entidades federativas –el DF y área conurbada y Yucatán, conocido como SABE MÉRIDA- por lo que se requiere extender su aplicación a otros estados.*

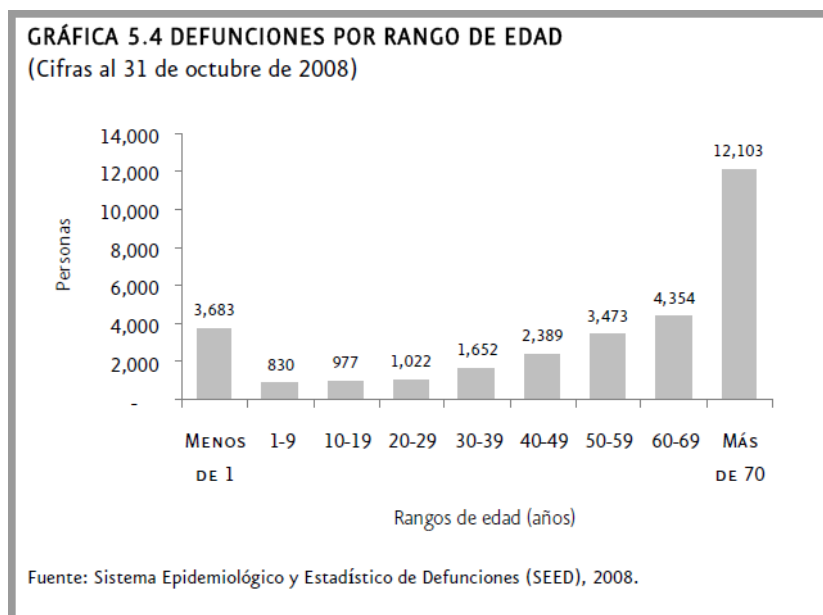
En este tercer aspecto, dos cuestiones interesantes: la Secretaría de Salud a través del SPSS y seguro popular de salud,<sup>86</sup> en el capítulo relativo a los servicios de salud comprendidos en el CAUSES, informó que en el rubro de defunciones por rango de edad, el mayor número de defunciones se registró en personas de más de 70 años y la segunda cifra más relevante es de 60 a 69 años, de lo que deriva que el 54 por ciento de la población del seguro popular que fallece, es mayor de 60 años, como puede advertirse de la tabla 5 siguiente:

---

<sup>85</sup> Ob.cit. p. 16

<sup>86</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de resultados 2008*. México, pp. 67. Véase: [\\_www.salud.gob.mx/sistemadeprotecciónsocialensalud/](http://www.salud.gob.mx/sistemadeprotecciónsocialensalud/). Consulta marzo de 2010.

Tabla 5.<sup>87</sup>



La otra cuestión, es que en ambos documentos, el Informe de Resultados 2008 del SPSS y el Programa de Acción Específico, Envejecimiento 2007 2012, de la Secretaría de Salud, se omitió lo relacionado con la reciente creación del Instituto Nacional de Geriátría,<sup>88</sup> como órgano desconcentrado de dicha dependencia federal, cuyo objetivo es desarrollar y capacitar recursos humanos; realizar investigaciones relacionados con las enfermedades, tratamiento y cuidado del adulto mayor, a fin de que las instituciones del SNS cuenten con la capacidad, herramientas y conocimiento indispensables para brindar los servicios de salud que los adultos mayores merecen; y por otra parte la existencia de un perfil sociodemográfico ya elaborado por el INEGI, vinculado de manera especial a los adultos mayores, con indicadores no sólo de salud, también de educación, vivienda y vulnerabilidad.<sup>89</sup> Pensamos y deseamos que este Instituto realice las funciones que legalmente se le atribuyen y exista una coordinación efectiva entre él y todas las dependencias e instituciones que integran el SNS, que repercuta en mejores condiciones de salud para todos los mexicanos y en especial para las personas viejas en nuestro país.

<sup>87</sup> Fuente: Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones –SEED- 2008.

<sup>88</sup> Mediante decreto del ejecutivo federal publicado en el DOF de 29 de julio de 2008

<sup>89</sup> INEGI, *Los Adultos Mayores en México, Perfil sociodemográfico al inicio del Siglo XXI*. 2005. Véase: [www.inegi.gob.mx/atenciónusuarios@](http://www.inegi.gob.mx/atenciónusuarios@) Consulta marzo de 2010.

Hasta aquí, pareciera que nuestro panorama de protección social de la vejez en relación con el derecho de la salud y el acceso a la atención médica de los servicios de salud, no solo es insuficiente, además poco halagador, pues no obstante que las personas viejas constituyen un grupo vulnerable, sus necesidades de salud no se han visto reflejadas o detectadas, salvo los porcentajes de mortalidad, sin embargo no advertimos en el SPSS, ni en el seguro popular de salud, programas específicos y prioritarios de salud dirigidos a la atención médica de este grupo de personas, salvo los comentados como la vacunación antiinfluenza, antinemococo, cirugía de cataratas y diagnóstico y tratamiento de hiperplasias prostáticas.

Para mantener nuestra actitud positiva y crítica en la existencia, aunque insuficiente de la protección social de la vejez, enseguida en el contexto de la reforma a la Ley General de Salud y la implementación del SPSS, abordaremos el mecanismo de protección médica mediante el seguro popular de salud, como eje operativo de dicho sistema y los diversos programas federales asistenciales, focalizados a la protección social de la vejez, entre ellos el programa IMSS-Oportunidades, Oportunidades y su componente de adultos mayores y 70 y más.

### *C. El seguro popular de salud*

#### 1. Origen y evolución

En el Programa Nacional de salud 2001 2006, cuya estrategia 5 disponía:<sup>90</sup> *Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud a través de un esquema de aseguramiento con el fin de reducir el gasto de bolsillo y fomentar la atención oportuna de la salud.* Esta estrategia se vinculó a la línea de acción consistente en consolidar la protección básica –en salud y dinero por los gastos de bolsillo- y promover un seguro de salud popular, que derivaron del Programa Salud para Todos.

Entre los objetivos del programa piloto y antecedente de la implementación del SPSS en 2003, se señalaron: brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social mediante la opción de aseguramiento público en materia de

---

<sup>90</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006, pp.27

salud; crear una cultura de pago anticipado entre los beneficiarios del seguro popular y disminuir el número de familias que empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud.<sup>91</sup>

De esta manera, el seguro popular en su origen, buscaba no sólo la ampliación de la cobertura de los servicios de salud por el tipo de beneficiarios que no gozaban de dicha prestación en el ámbito de la seguridad social en el nivel contributivo, también *ampliar la capacidad de oferta de la infraestructura ya existente* y la protección financiera mediante un régimen de financiamiento bipartito, en el cual, de manera esencial, el gobierno federal contribuía, mediante un subsidio y la cuota de la familia beneficiaria; además se establecía un catálogo de beneficios explícitos CABEME, que en su inicio se integró con 78 intervenciones o acciones de salud.

Asimismo, la prestación de los servicios de salud, debía ser otorgada por los SESA mediante una red médica conformada por un hospital general y por centros de salud, con capacidad para realizar las intervenciones contenidas en el CABEME; es decir, la infraestructura hospitalaria y médica, ya existente en las entidades federativas.

El seguro popular de salud como programa piloto inició en 2001, cuando la SS, mediante negociaciones con los gobiernos de diversas entidades federativas, celebraron acuerdos para implantar el programa. Dichas negociaciones se realizaron con 14 entidades federativas, sin embargo, el programa piloto inició sólo con cinco; Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, el resto se unió a la iniciativa más tarde, de manera que para el 2002, año de expansión, eran 20 entidades federativas y 24 en 2003, que fue el año legislativo y se reformó la Ley General de Salud, con la inclusión del SPSS; la última entidad federativa en incorporarse fue el DF en 2005.

Es conveniente que representemos en forma gráfica, las características del seguro popular de salud como programa piloto en 2001, que como tal funcionó hasta

---

<sup>91</sup> El PRONASA y el programa específico de salud para todos, así como la realización del programa piloto del seguro popular de salud y posteriormente la implementación del SPSS, mediante la reforma a la Ley General de Salud en 2003, fueron nutridos entre otros por: FUNSALUD, *Economía y Salud, Propuesta para el avance del sistema de salud mexicano, México, Funsalud 1994*. Y las investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud Pública, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud.

2003, antes de la reforma legal y su evolución con la reforma legal de creación del SPSS, lo que nos permitirá apreciar las diferencias, conforme con la tabla 6 siguiente:

Tabla 6 <sup>92</sup> Seguro popular de salud y SPSS

Seguro popular de salud 2001 programa piloto	Creación del SPSS Reforma LGS 2003	Diferencias
Seguro público voluntario	Seguro público voluntario, de afiliación gradual y con vigencia anual	
Población objetivo: familia afiliada carente de seguridad social	Población objetivo: familia afiliada sin seguridad social o persona. Se distingue personas con régimen contributivo y régimen no contributivo	Se extiende la afiliación a una persona, según núcleo familiar
Financiamiento bipartito Gobierno federal subsidio Cuota familiar	Financiamiento tripartito Estado, gobierno federal, gobiernos locales y cuota familiar decil de ingreso I y II	Se incluyó en financiamiento a gobiernos de entidades federativas, aportación solidaria estatal.
Solo refiere servicios de salud a la persona	Clasifica servicios de salud; a la comunidad y a la persona	Se adicionó la clasificación de servicios de salud a la comunidad o servicios de salud pública
Catalogo de beneficios explícitos 78 CABEME	Se amplia y modifica catalogo CASES 154 Y CAUSES 249	
Responsables de prestación de servicios de salud SESA	Responsables de prestación de servicios a la comunidad y a la persona los SESA	SS, órgano rector, se crean CONPSS, CNPSS y los REPSS
Infraestructura hospitalaria y médica para atención médica, la existente en las entidades federativas. Red de prestadores existentes	Igual. Se adicionó con la creación de fondos; el de atención a la persona, el de previsión presupuestal que incluía fortalecer y crear infraestructura hospitalaria y médica PMI y el fondo de gastos catastróficos. Red de prestadores existentes y se apertura a sector privado en la red.	El programa piloto no contemplaba la separación en el financiamiento, ni la constitución de fondos de protección.
No hacia referencia expresa a los fenómenos de la transición demográfica y epidemiológica	En la exposición de motivos de la reforma, se resaltan los fenómenos citados	

<sup>92</sup> Elaboración propia con datos e información contenida en la obra *Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica., México, 2006.



## 2. Cobertura de protección

Las metas de afiliación definidas para el período 2003 2010, se muestran en la tabla 7 siguiente y para el final del período, se contemplaba la afiliación del total de la población en el país, alrededor de 11.2 millones de familias.

Tabla 7.<sup>93</sup> Familias por afiliar al seguro popular, 2003 2010

Años	Metas	Acumulado
2003	524,000	
2004	1,500,000	2,024,000
2005	1,500,000	3,524,000
2006	1,500,000	5,000,000
2010		11,250,000

En un interesante y detallado artículo elaborado en 2005, que nos invita a reflexionar y debatir el tema del seguro popular, Nigenda,<sup>94</sup> expone que el SPSS fue aprobado en el escenario de una reforma fiscal en México, a fin de alcanzar el objetivo de otorgar servicios a 11 millones de familias para el 2010. La posibilidad de tener recursos frescos para el 2004, se vinculó a la aprobación de la iniciativa de reforma, enviada por el Poder Ejecutivo Federal al Congreso de la Unión a finales de 2003; sin embargo, después de un controvertido debate la reforma fiscal no se aprobó y en enero de 2004, el Secretario de Salud, Julio Frenk, declaró que las metas iniciales de afiliación no serían cumplidas, porque el programa sólo estaría recibiendo 230 millones de dólares, es decir, 60 por ciento de la cantidad inicialmente esperada. Desde el punto de vista de Frenk, el hecho de que la reforma fiscal no se hubiese aprobado, representó un obstáculo importante para las expectativas del programa en los próximos años, y dejó al mismo tiempo un conjunto de enseñanzas

<sup>93</sup> Fuente: Secretaría de Salud. 2003. Sistema de protección social en salud. Vease: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). Consulta marzo de 2010

<sup>94</sup> Nigenda, Gustavo. *El seguro popular de salud en México: Desarrollo y retos para el futuro*. México, 2005.

sobre las dificultades políticas de la implementación de un programa que canaliza recursos a poblaciones en condiciones económicas precarias.

Procuramos seguir la invitación de Nigenda en el artículo antes referido, y en cuanto a la ampliación de cobertura de protección a las familias afiliadas al seguro popular en 2008, nos dimos la tarea de analizar el informe de resultados 2008, del SPSS,<sup>95</sup> en el que la Secretaría de Salud, a través de la CNPSS informan que las acciones de afiliación se focalizaron en beneficio de los grupos más vulnerables y hacia familias con mayor riesgo de empobrecimiento por motivos de salud. Entre estas acciones se encuentran: la protección de niños recién nacidos bajo el esquema del Seguro Médico para una Nueva Generación y la implementación de la estrategia Embarazo Saludable, en operación a partir de 2008; de manera que así se asegura la incorporación de las mujeres embarazadas y la de niños que nazcan en núcleos familiares, sin seguridad social.

También debemos resaltar, que en dicho informe de resultados,<sup>96</sup> se destaca que la población objetivo es dinámica, pues en noviembre de 2007, la Dirección General de Información en Salud, hizo patente un incremento sensible de hogares sin goce de seguridad social, lo que implicó un aumento en el número de familias susceptibles de incorporarse al SPSS; de manera que la población susceptible de incorporarse para 2010, pasó de 11.9 millones de familias a 12.6 millones de familias. Por lo tanto, el incremento se traduce en alrededor de 682 mil familias para el 2010, metas que implican esfuerzos adicionales y disponibilidad presupuestal suficiente para atender a la población sin seguridad social.

De esta manera, ante la omisión de datos de registro de población, la meta de cobertura de afiliación al seguro popular de salud al cierre de 2008, se redefinió en 9.1 millones de familias, en función de la disponibilidad presupuestal y derivado del cambio en 2007 de las estimaciones de población total susceptible de afiliarse al seguro popular, que pasó de 11.9 a 12.6 millones de familias. Al parecer, se desconocían las proyecciones de población del CONAPO del 2000 al 2020 o no se

---

<sup>95</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de protección social en salud, Informe de resultados 2008*, pp 19-20 Véase: [www.salud.gob.mx.sistemadeproteccionsocialensalud.informederesultados2008](http://www.salud.gob.mx.sistemadeproteccionsocialensalud.informederesultados2008).

<sup>96</sup> Idem.

dieron relaciones de coordinación intra institucionales, entre la dependencia federal, el CONAPO, dependiente de la SEDESOL y las estadísticas emitidas por el INEGI.

### 3. Corresponsabilidad financiera entre órdenes de gobierno federal, local y familias afiliadas. Constitución y separación de Fondos de Protección

Hemos precisado con anterioridad en la Tabla 6, las diferencias entre el seguro popular que se instrumentó como programa piloto en 2001 y las adiciones en la reforma a la LGS con la implementación del SPSS y el seguro popular de salud, como brazo o instrumento financiero operativo de dicho sistema. Una de las características esenciales de la reforma legal, consiste, primero en la clasificación de los servicios de la salud como un bien público; y en ella se distingue la prestación de los servicios de salud a la comunidad o servicios de salud pública y la prestación de los servicios de salud a la persona. En éstos se ubica el acceso efectivo a la atención médica de la persona.

Esta clasificación en la prestación de los servicios de salud, tiene como paralelo una clasificación y separación del esquema de financiamiento para la prestación de los servicios públicos de salud. Este esquema financiero, es tripartito y se integra con una cuota social del Estado, del ramo 12 de SS; una aportación solidaria por parte del gobierno federal, recursos existentes del FASSA ramo 33; una aportación solidaria, con cargo a las entidades federativas -de presupuesto estatal- y la cuota familiar anual en el decil de ingreso I y II, equivale al régimen no contributivo y del III al X, del régimen contributivo. De esta manera, la reforma establece responsabilidades del Estado, la federación, las entidades federativas y las familias beneficiarias, para financiar el SPSS y el seguro popular de salud y los servicios de salud que en el se comprenden, no obstante que la mayoría de las familias o personas afiliadas, pertenecen al régimen no contributivo.

La asignación federal se divide en dos partes: una denominada cuota social, que es equivalente al 15 por ciento del salario mínimo general vigente, establecido en el Distrito Federal; y la segunda parte, denominada aportación solidaria federal

equivalente a 1.5 veces la cuota social. Por su parte, la aportación estatal se establece en 0.5 veces la cuota social. En el global del presupuesto, la federación aporta alrededor del 70 por ciento del financiamiento del sistema, y las entidades federativas participantes aportan una proporción de alrededor de 30 por ciento de los recursos requeridos para la operación del sistema. Sumado a los fondos que originalmente aportaba, el gobierno federal en el ramo 12 y 33, a partir de 2004, debió incrementar sus aportaciones a las entidades federativas.

Una gran proporción de lo que hoy se denomina aportación solidaria federal, eran fondos que la federación transfirió previamente a través del Ramo 33 del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud –FASSA- La racionalidad detrás de esta medida, es que el gobierno federal deberá estar aportando la misma cantidad por cada persona afiliada a la seguridad social en el nivel contributivo, que al afiliado al seguro popular en el régimen no contributivo, se afirma a fin de reducir las inequidades históricas de acceso, generadas entre grupos de población segmentados en un sistema de salud fragmentado.

Una vez que los fondos son autorizados, se distribuyen en tres grandes rubros de gasto: 1. El fondo de aportaciones para los servicios de salud a la comunidad –FASC- que se integra con el fondo de aportaciones para los servicios de salud FASSA del ramo 33 y existen recursos adicionales provenientes del gasto federal en el ramo 12, para bienes públicos o regionales; 2. El fondo de aportaciones para los servicios de salud a la persona –FASP- destinado a las intervenciones y acciones de atención médica contenidas en el CAUSES; 3. El fondo de protección contra gastos catastróficos –FPGC- cuya finalidad es apoyar a las entidades federativas, en el financiamiento de tratamientos de padecimientos que representan un riesgo financiero o catastrófico, *es un fondo de reserva sin límite presupuestal es decir sin la limitante de regresar a la SHCP los recursos financieros no empleados al final del ejercicio fiscal correspondiente*, este fondo se integra con el 8 por ciento que derive de la cuota social, la aportación solidaria federal, la aportación solidaria estatal; además, con los intereses y remanentes de previsión presupuestal al final del ejercicio fiscal y se ha destinado de manera esencial a tratamientos antirretrovirales de VIH-SIDA, de cáncer cérvico uterino invasor, cánceres infantiles, *tratamiento de*

*cataratas* y cuidados intensivos neonatales;<sup>97</sup> 4.El Fondo de la Previsión Presupuestal Anual, provee financiamiento para tres objetivos: desarrollo de infraestructura médica en zonas de mayor marginación social conforme con el Programa Maestro en Infraestructura, cobertura de diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal, y para establecer una garantía de pago ante eventual incumplimiento por parte de las entidades federativas en la prestación de servicios esenciales estipulada en el convenio de colaboración interinstitucional. Este fondo se integra con el 3 por ciento de la suma de la cuota social y aportaciones solidarias federal y estatal.

Por disposición de la LGS, la CNPSS, mediante operación centralizada realizará la administración financiera de los FPGC y FPP, mediante un fideicomiso que el Ejecutivo Federal establecerá para tales fines.

El total de fondos con los que disponga una entidad federativa, será producto del número de familias afiliadas y de las necesidades de fortalecimiento de infraestructura o compra de equipo. El presupuesto que es operado en el nivel central por la CNPSS, mediante la constitución de un fideicomiso público, se transfiere a las entidades federativas a través de una instancia de enlace, el Consejo Nacional del Sistema de Protección Social en Salud.

Toda vez que el SPSS, contempla la clasificación de bienes en la prestación de servicios de salud a la comunidad y los servicios de salud a la persona; es decir, contiene tanto intervenciones personales como colectivas, existirá una diferenciación en la que los fondos para ambos casos serán canalizados a través de la estructura administrativa del SPSS, mediante el CONPSS, la CNPSS y los REPSS.

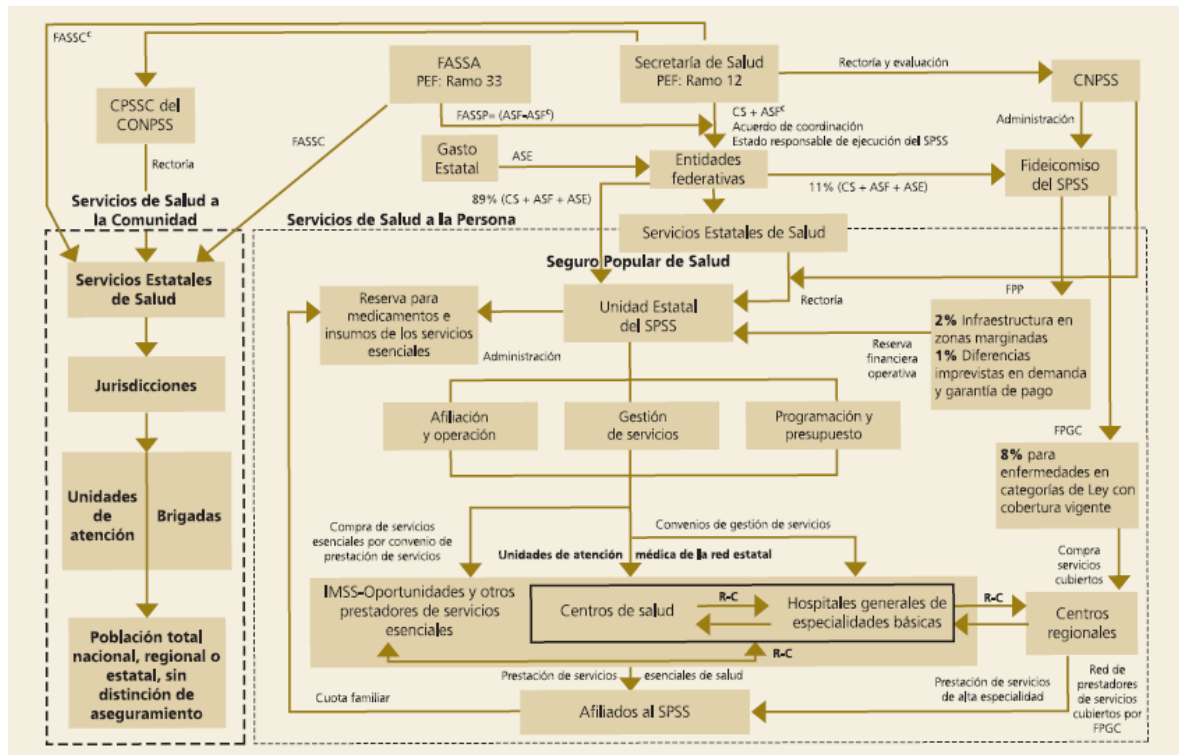
En la Tabla 8,<sup>98</sup> siguiente nos permitimos reproducir gráficamente el modelo financiero y operativo del Sistema de Protección Social en Salud, en el que visualizamos un complicado arreglo de fuentes, flujos financieros y estructuras administrativas, que se diseñó y entró en operación en el 2004.

---

<sup>97</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006 pp.56 -59

<sup>98</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, Elementos Conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed, Fondo de Cultura Económica, México , 2006, p 41

Tabla 8. Modelo financiero y operativo del SPSS



#### 4. Programas federales: IMSS Oportunidades, Programa Oportunidades y su componente 70 y más

Vinculados con los fines y objetivos del seguro popular, como instrumento financiero y operativo del SPSS en la prestación de los servicios de salud a la persona, consistentes en el acceso a la atención médica y dirigidos de manera esencial a las personas que conforman grupos de población vulnerables, entre ellos nuestras personas viejas, encontramos algunos programas federales como el programa IMSS Oportunidades, de naturaleza específica en la prestación de servicios de salud y el Programa OPORTUNIDADES, que tiene su antecedente en el PROGRESA que surge en la administración de gobierno de Zedillo Ponce de León y al cual se dio continuación en las siguientes administraciones del gobierno federal. Dos componentes importantes, Oportunidades para Adultos Mayores y 70 y más,

que también se focalizan a las personas que conforman grupos de población vulnerables, por su ubicación territorial en zonas de marginación social, a los cuales se les atribuye la naturaleza de política pública asistencial. El financiamiento de éstos programas, emana del gasto público federal y son operados en el nivel federal por la SEDESOL y en las entidades federativas por las delegaciones federales de la misma y por dependencias estatales de desarrollo social; además la operación se realiza también en colaboración con autoridades municipales y DIF, componentes que abordaremos a continuación, por tratarse de acciones específicas dirigidas a las personas viejas y además, porque como expresamos anteriormente, éstos programas los referimos, porque el tercer subsistema de protección social en salud, carece de un modelo pensionario de la naturaleza que el previsto en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

Recordemos que el programa IMSS Oportunidades, tiene su antecedente de creación hace treinta y cinco años, en 1973, cuando surgió la segunda Ley del Seguro Social en ese año, y a la cual se adicionó el régimen voluntario de seguridad social a través del IMSS, así como las prestaciones sociales y de servicios de solidaridad social, con el propósito de extender la cobertura de los servicios de salud a grupos de personas sin capacidad contributiva, por ubicarse en zonas de marginación social o en pobreza.

Originalmente se creó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, en 1977, el gobierno federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados COPLAMAR y en 1979 para aprovechar la experiencia del IMSS, se integran sus servicios a COPLAMAR y surge el Programa IMSS Coplamar. A partir de 1989, cambia su denominación por IMSS Solidaridad, que continuó con dicha denominación, pero con el Plan Nacional de Desarrollo 2000 2006 y el Programa de Desarrollo Humano y Oportunidad PDHO y toda vez que el componente en salud del IMSS solidaridad, se hizo extensivo al PDHO, por acuerdo del Consejo Técnico del IMSS, se aprobó el cambio de nombre del programa IMSS Solidaridad por el de IMSS Oportunidades.<sup>99</sup>

---

<sup>99</sup>Veáse: [www.imss.gob.mx/imssoportunidades.doc](http://www.imss.gob.mx/imssoportunidades.doc). Consulta marzo de 2010.

El IMSS Oportunidades, de manera gratuita y en forma excepcional, mediante cuotas de recuperación, enfoca la prestación de servicios de salud de atención médica en el primer y segundo nivel de atención, y para el tercer nivel de atención, utiliza sistemas de referencia y contrarreferencia de los pacientes para su tratamiento y seguimiento en unidades especializadas del propio IMSS y hospitales de tercer nivel de los Servicios Estatales de Salud.

El programa a 2007, contaba con una infraestructura hospitalaria y médica instalada a través de una red nacional y de regionalización de más de 16,229 médicos, enfermeras y paramédicos, que además de la atención médica, realizan acciones de vigilancia epidemiológica y mediante la acción comunitaria de 285 mil voluntarios, promueven el auto cuidado de la salud en las comunidades en las que tiene presencia física o material; cuenta con 3,549 unidades médicas rurales, 225 equipos de salud itinerantes o unidades móviles de salud, 226 unidades médicas urbanas y 70 hospitales rurales.<sup>100</sup>

Las personas hacia quienes se dirige el programa como beneficiarias y destinatarias de las acciones de salud, son de manera esencial, aquellas que carecen de capacidad contributiva y de la seguridad social, ubicadas en zonas rurales y urbanas marginadas de 17 entidades federativas en el ámbito rural y 25 entidades federativas en áreas urbanas, de manera prioritaria a campesinos e indígenas. La cobertura del programa se extiende a 10.2 millones de mexicanos, de los cuales, 3.4 millones son personas que conforman la población indígena en el país. Este programa es operado desde 1979 por el IMSS.

En diciembre de 2007,<sup>101</sup> se emitieron las Reglas de Operación vigentes del programa y a través de las mismas, el IMSS Oportunidades, se constituyó como un prestador de servicios a las familias incorporadas al seguro popular de salud del SPSS, así como a los recién nacidos, a partir del 1º de diciembre de 2006, en cumplimiento al Seguro Médico para una Nueva Generación. Para este efecto, en noviembre de 2007, la CNPSS y el IMSS Oportunidades, suscribieron el Convenio Especifico de Colaboración para la ejecución de acciones relativas al seguro popular

---

<sup>100</sup> Idem.

<sup>101</sup> Publicado en el DOF de 28 de diciembre de 2007



en el Estado de Chiapas y el 31 de enero de 2008, se firmó el convenio específico para el Estado de Oaxaca.

De los convenios específicos de colaboración antes referidos, se derivan una serie de obligaciones para las partes, el IMSS Oportunidades, otorgará el servicio médico de primer y segundo nivel de atención, que incluye suministro de medicamentos a las familias que habiten en las localidades donde no existe infraestructura de los Servicios Estatales de Salud, mediante la entrega de la póliza de afiliación al SPSS. La CNPSS, radicará trimestralmente, a través del ramo 12 salud, los recursos derivados de la prestación de los servicios de salud a la unidad del IMSS Oportunidades. Esta unidad administrará los recursos desde el nivel central y los ministrará a las delegaciones de las entidades federativas con las que se haya firmado convenio específico de colaboración y será la delegación regional o estatal quien vigilará el cumplimiento de los convenios específicos, en colaboración con los REPSS de los servicios estatales de salud.

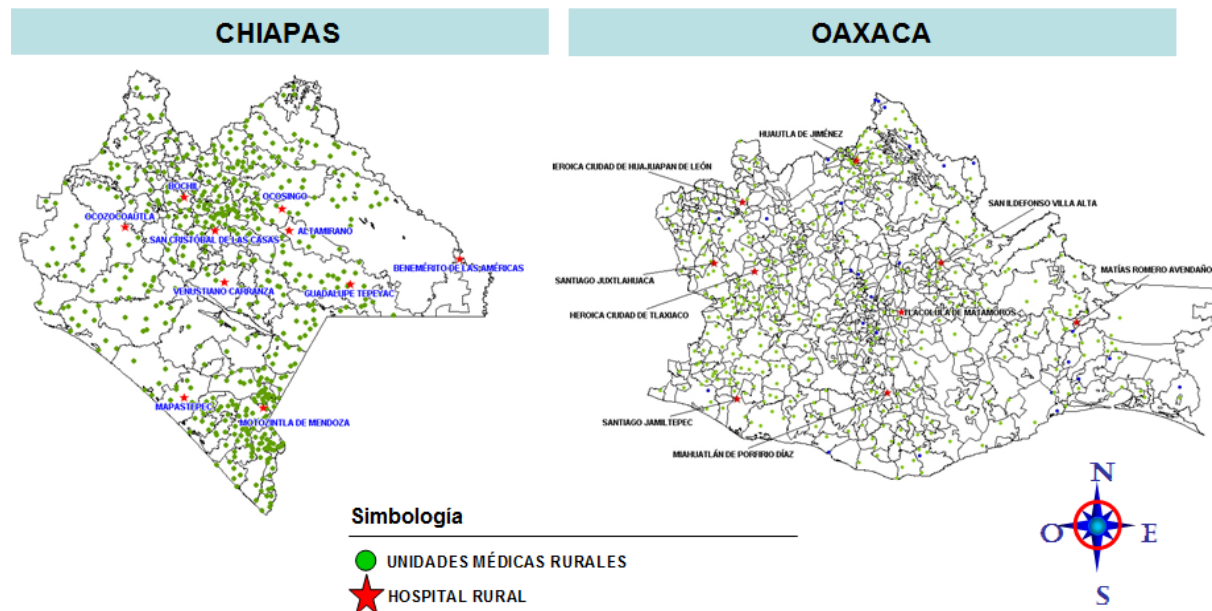
En la tabla 9 siguiente,<sup>102</sup> podemos visualizar los lugares donde existe infraestructura hospitalaria instalada del IMSS Oportunidades, en Chiapas y Oaxaca, mediante la cual se proporcionarían los servicios de salud como componente del seguro popular de salud y es oportuno que destaquemos, que la CNPSS, en el informe de resultados 2008,<sup>103</sup> en relación con la ampliación de cobertura de afiliación del SPS, sostuvo que en dicho año, la afiliación se realizó de manera gradual y considerando como población prioritaria, aquella en áreas de mayor marginación, áreas rurales o indígenas y de manera prioritaria también, a las familias del Seguro Médico para una Nueva Generación, a quienes se extienden servicios del seguro popular a través del IMSS Oportunidades.

---

<sup>102</sup> Fuente: [www.imss.gob.mx./imssoportunidades/seguropopulardesalud](http://www.imss.gob.mx./imssoportunidades/seguropopulardesalud). Consulta marzo de 2010.

<sup>103</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2008*. p. 20

Tabla 9 Seguro popular de salud e IMSS Oportunidades 2008



En relación con el programa IMSS Oportunidades, en 2008, año en que se incorporó como prestador de servicios de salud al seguro popular de salud, mediante informe escrito,<sup>104</sup> el organismo *Investigación en Salud y Demografía*, A.C., a través de su coordinador Manuel Urbina, emitió los resultados de la evaluación realizada en dicho año y entre las conclusiones del evaluador externo se precisó en cuanto a la instrumentación de indicadores: *que el desarrollo del Programa se encuentra en la categoría de regular, los resultados en el comportamiento de los indicadores y de gestión son muy favorables y se identificó la necesidad urgente de que el programa defina y cuantifique las poblaciones potencial y atendida que permitan conocer el tamaño del problema que busca resolver.*

<sup>104</sup>Véase: [www.imss.gob.mx/imsssoportunidad/coneval/](http://www.imss.gob.mx/imsssoportunidad/coneval/) informe de la evaluación específica de desempeño 2008. Consulta marzo de 2010.

Desde nuestra perspectiva, pensamos que este programa, se incorporó SPSS y al seguro popular de salud por dos motivos: es un programa institucional que tiene una larga experiencia en materia de salud y cuenta ya con una capacidad instalada de infraestructura hospitalaria y médica; otro motivo, la insuficiencia en la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica en el nivel nacional; además, en forma específica, por las zonas geográficas dispersas en el país y también para el cumplimiento de los programas sexenales del Seguro Médico para una Nueva Generación, Embarazo Saludable y Caravanas de la Salud.

En relación con el actual Programa Oportunidades, éste tiene su antecedente en el PROGRESA, operado en la administración de gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León, y cuyos objetivos de naturaleza asistencial y de combate a la pobreza, se dirigieron en forma preferente a personas ubicadas en grupos de población con alta marginación social en el país y en pobreza, de manera prioritaria en áreas rurales y población indígena. La aplicación, operación y funcionamiento del programa se asignó a la SEDESOL, como dependencia federal de la administración pública centralizada. El financiamiento del programa, se realizaba y se realiza en la actualidad, mediante la asignación de recursos públicos provenientes de impuestos y autorizados anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación, en el Ramo Administrativo 20 *Desarrollo Social*.

Durante la administración de gobierno de Vicente Fox, del PND 2000-2006, derivó el PDHO y a través de él, se continuó con la política de asistencia social en salud, educación y alimentación a las personas ubicadas en grupos de población en pobreza o pobreza extrema. El programa cambió de nombre del PROGRESA a Programa Oportunidades y como un componente del mismo el diverso programa o subprograma de Atención a los Adultos Mayores, es decir, a las personas de 60 años o más ubicadas en los grupos de población con las características de marginalidad social o pobreza, consistente el otorgamiento de un subsidio económico mensual de \$500.00 quinientos pesos, para apoyo alimentario y diversas acciones para proporcionar servicios de salud.

Las características de financiamiento y destino de recursos continúan en su origen de recursos públicos, autorizados en el Presupuesto de Egresos de la

Federación en el Ramo administrativo 20 de Desarrollo Social y a cargo de la dependencia federal SEDESOL y su estructura operativa en el país a través de sus delegaciones federales en las entidades federativas.

En la administración de gobierno actual, de Felipe Calderón Hinojosa, derivado del PND 2007 2012, en el eje 3, relativo a la igualdad de oportunidades y con el objetivo de reducir significativamente el número de mexicanos en condiciones de pobreza e impulsar el desarrollo en los municipios del país, del Programa Oportunidades, que continuó en operación conjuntamente con el programa de Atención a los Adultos Mayores; a partir de febrero de 2007,<sup>105</sup> dio inicio la operación de un nuevo componente de dicho programa, denominado Programa de Atención a los Adultos Mayores, de 70 años y más, en zonas rurales.<sup>106</sup>

Durante el período de 2007 a 2008, este componente de apoyo a los mayores de 70 años o más, consistió en la entrega mensual de un subsidio por la cantidad de \$500 quinientos pesos, para apoyo alimentario vinculado a la pobreza alimentaria; es decir, para las personas que no cuentan con recursos económicos para satisfacer la elemental necesidad de alimentos, que le permitan la subsistencia, personas con 70 años y más y ubicadas en zonas rurales en el país. Con la característica de que las zonas rurales debían ubicarse en localidades de hasta 2,500 habitantes y en el presupuesto de egresos de la federación en el período 2007 2008, a este componente específico se le asignaron \$6 mil 250 millones de pesos, para cubrir a 968,750 adultos mayores.

Este componente es financiado con recursos públicos, provenientes de impuestos, con cargo al presupuesto anual de egresos de la federación, en el ramo administrativo 20 del Desarrollo Social y su aplicación, operatividad y funcionalidad continúa a cargo de la dependencia federal SEDESOL, a través de su estructura administrativa en las delegaciones ubicadas en las entidades federativas y mediante

---

<sup>105</sup> Publicado en el DOF de 28 de febrero de 2007, como Reglas de Operación del Programa de Atención a los Adultos Mayores de 70 años y más en Zonas Rurales.

<sup>106</sup> Véase: [http://www.sedesol.gob.mx/archivos/8015/File/2007/2dotrim/08\\_Adultos-Mayores-70\\_años.pdf](http://www.sedesol.gob.mx/archivos/8015/File/2007/2dotrim/08_Adultos-Mayores-70_años.pdf) Consulta marzo de 2010.

acuerdos de colaboración con autoridades municipales, para la entrega material de subsidios económicos y promoción de acciones en salud.<sup>107</sup>

No obstante que no está en el período que hemos delimitado para nuestro trabajo de investigación, para efectos de actualización de la operación del Programa 70 y más, en diciembre de 2009,<sup>108</sup> el actual secretario de Desarrollo Social en el nivel federal, emitió el acuerdo que modificó las reglas de operación del programa que referimos y consideramos oportuno resaltar algunas de ellas.

Los programas de subsidios del Ramo Administrativo 20 Desarrollo Social, entre ellos el Programa de 70 y más, se destinarán en la entidades federativas exclusivamente a la población en condiciones de pobreza, de vulnerabilidad, rezago y de marginación, de acuerdo con los criterios oficiales dados a conocer por la SEDESOL, el CONAPO y las evaluaciones del Comité Nacional de Evaluación - CONEVAL- y se destinarán a acciones que promuevan la superación de la pobreza a través de la educación, la salud, la alimentación, la generación de empleo e ingreso, autoempleo y capacitación, protección social y programas asistenciales.

El acuerdo en cita,<sup>109</sup> también destaca, que los mexicanos de 70 años y más pasarán de 3.9 millones en 2009 a 4.4 millones en 2012; que dicho programa se enmarca en el objetivo 17 del eje 3 del PND 2007-2012, del rubro igualdad de oportunidades y en el se establece que: *se debe abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad de oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud.*

Se continúa en la línea de focalizar el programa a las personas de 70 años y más, que habitan en comunidades rurales con mayores índices de marginación, en las localidades de hasta 30,000 habitantes; en este rubro, se incrementó el número de habitantes en las localidades rurales, pues antes de 2009 las localidades eran de hasta 2,500 habitantes.

En cuanto a los tipos y montos de apoyo económico, continúa la cantidad mensual de \$500 quinientos pesos, con entregas bimestrales y se adicionó un apoyo

---

<sup>107</sup> Idem.

<sup>108</sup> Publicado en DOF de 28 de diciembre de 2009 el Acuerdo secretarial mediante el cual se modifican las Reglas de Operación del Programa 70 y más.

<sup>109</sup> Idem.

económico por la cantidad en pago único de mil pesos, por concepto de marcha o muerte del beneficiario; persisten las acciones para aminorar el deterioro de la salud física y mental y para la protección social por pérdida en el ingreso o la salud, de manera que se promoverá el acceso a los servicios de salud.

Un punto interesante es que las personas de 70 años y más, que ya disfrutaban con anterioridad del apoyo económico por la misma cantidad de \$500 pesos, del programa Apoyo para el Adulto Mayor, derivado del PDHO, deberán *aceptar* dejar de recibir éste programa en caso de ser beneficiario del mismo. Esto quiere decir que el Programa de Atención de Adultos Mayores derivado del PDHO, sólo podrá ser aplicable a las personas de 60 a 70 años y sólo podrán acceder y aceptar los \$500 pesos, del Programa 70 y más, los viejos de 70 años en adelante.

El padrón de beneficiarios de este programa, será construido de acuerdo con los lineamientos normativos emitidos por la SEDESOL y se publicarán en la página electrónica,<sup>110</sup> y forman parte del acuerdo al que nos referimos, dos anexos documentales: uno de ellos consistente en el cuestionario único de información socioeconómica y el otro, un cuestionario complementario para el programa 70 y más, en el que se contiene *un formato de aceptación para integrar el expediente del beneficiario -Anexo-* y en el cual con letras ininteligibles se advierte: *Acepto formar parte del Programa 70 y más y cumplir con lo establecido en sus Reglas de Operación. Asimismo estoy de acuerdo en que, al aceptar el documento de identificación voluntariamente dejaré de recibir el apoyo para adultos mayores del Programa de Desarrollo Humano y Oportunidades, en caso de ser beneficiario.*

Desde nuestra perspectiva pensamos, que ambos apoyos económicos coexistirían, de manera que el subsidio para las personas de 70 y más sería por la cantidad de \$1,000 mensuales, las nuevas reglas de operación antes referidas son claras y excluyentes. En el informe de evaluación específica de desempeño 2008,<sup>111</sup> se concluyó que es imperativo reforzar la capacidad operativa y financiera del programa, para ampliar las posibilidades de acceso a nuevos beneficiarios que residen en localidad de mayor tamaño poblacional a las que se atiende en la actualidad que es de hasta treinta mil habitantes; asimismo, la incorporación de

---

<sup>110</sup> Véase: [www.sedesol.gob.mx.normatecainterna](http://www.sedesol.gob.mx.normatecainterna). Consulta marzo de 2010.

<sup>111</sup> Evaluación realizada por el CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, para el período 2008. Véase: [www.sedesol.gob.mx./coneval\\_informe](http://www.sedesol.gob.mx./coneval_informe) de la Evaluación Específica de Desempeño. 2008. Consulta marzo de 2010

beneficiarios en el ámbito urbano, debe discutirse y valorarse en coordinación con los gobiernos locales, instituciones de seguridad social IMSS e ISSSTE para evitar duplicaciones en la entrega de los apoyos económicos. También se sugiere conveniente *consolidar mecanismos de colaboración con otras dependencias federales* que actúan en los ámbitos alimentarios como LICONSA, DICONSA,<sup>112</sup> y de la salud como IMSS Oportunidades y el seguro popular de salud y *realizar un estudio específico sobre la suficiencia de los montos de los apoyos económicos otorgados*.

En la actualidad y para los próximos años, se vislumbran obstáculos financieros, políticos, electorales y sociales, para la operación y funcionalidad del SPSS y del seguro popular de salud. Los méritos y bondades que en la norma creadora tienen, no serán reconocidos hasta que se ajusten a ella las condiciones específicas del nivel operativo, financiero, de coordinación intra e interinstitucional y sea realmente consolidado el Sistema Nacional de Salud mexicano, evitando la fragmentación o desarticulación, la excesiva focalización de programas y se garantice el acceso efectivo o real a los servicios de salud para las personas beneficiarias del mismo y agregamos, también para las personas viejas.

El seguro popular de salud, es el primer programa de aseguramiento público en la historia de nuestro país, dirigido a las familias o personas que carecen de recursos económicos y no tienen un vínculo con el sector formal de la economía, sin embargo, tiene la característica de ser voluntario, de naturaleza esencialmente financiera, además segmenta todavía a las personas, pues distingue entre un régimen no contributivo para los beneficiarios ubicados en el decil I y II de ingreso y el régimen contributivo en los deciles del III al X, ello no obstante que el 46 por ciento de la población mexicana, carece de acceso a la seguridad social en el nivel contributivo en el primer y segundo subsistema de protección social.

También, advertimos la excesiva y complicada normatividad existente para su operación, que en teoría prioriza la ampliación de cobertura mediante la expansión o extensión de la afiliación, lo que en sí mismo, no es garantía de acceso efectivo. Es

---

<sup>112</sup> Son empresas de participación estatal, sectorizadas a la SEDESOL en el nivel federal y operan programas de abasto de leche y productos de la canasta básica de alimentos. Su creación data de la antigua CONASUPO. Véase: [www.diconsa.gob.mx](http://www.diconsa.gob.mx) y [www.presidencia.gob.mx\\_liconsa](http://www.presidencia.gob.mx_liconsa). Consulta mayo de 2010.

necesario mantener y fortalecer la dotación de recursos económicos que permitan aumentar la capacidad de éste seguro médico y ofrecer en los hechos, la protección social, que millones de mexicanos requieren, en especial las personas viejas, ante el fenómeno de envejecimiento poblacional visible ya en nuestro país, y el impacto de este fenómeno en una fuerte demanda de los servicios de salud, pues las personas viejas, tienden a aumentar sus niveles de utilización debido al tipo de problemas de salud que se les presentan.

De las fuentes de financiamiento del seguro popular, advertimos que si bien el gasto se focaliza a grupos vulnerables, en ellos se destacan de manera preferente los programas de Seguro Médico para una Nueva Generación, el de Embarazo Saludable, es decir a mujeres en edad reproductiva y niños; para la adquisición de tratamiento antirretrovirales de VIH SIDA, cáncer cérvico uterino y cánceres en niños y sólo de una manera mínima y concreta, para las personas viejas, las campañas nacionales de vacunación: vacuna antiinfluenza, antineumococo y toxoide tetánico-diftérico, las semanas de salud para gente grande, cirugías prostática y el tratamiento y cirugía de cataratas, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus e hipertensión.

Consideramos que nuestros viejos, además de necesitar servicios de salud pública preventivos y de promoción del cuidado de la salud, requieren de atención médica curativa y de rehabilitación y por ello, el acceso efectivo o real a la atención médica y no sólo la expansión o incremento en los procesos de afiliación, lo que requiere de la existencia de una infraestructura hospitalaria y médica instalada y resolutive, que en la actualidad no existe.

La SS a través de la CNPSS, está llevando a cabo investigaciones para valorar el impacto y costos del seguro popular, sin embargo, la realidad inmediata sobre los fondos disponibles y las expectativas futuras no son optimistas. Es cierto que la reforma ha permitido que la estructura descentralizada de la SS, haya iniciado una nueva etapa de articulación entre los niveles de gobierno y que en la actualidad cada una de las 32 entidades federativas sea un actor particular con quienes el nivel central de la SS tiene que negociar, para convencerlos de los beneficios del seguro popular; sin embargo, el entramado normativo y complejo estructural, en especial la administración centralizada de los recursos de los fondos de protección social a



través del Fideicomiso que determina el ejecutivo federal y la instancia del CONPSS, así como la desarticulada estructura de los sistemas estatales de salud, pueden constituir serios obstáculos para la consolidación real del SNS, en detrimento del objetivo que es el acceso efectivo a la atención médica en la prestación de los servicios de salud a la persona.

Aunado a lo anterior, además en los hechos la SS, admite la insuficiencia de la infraestructura hospitalaria y médica en los diversos sistemas estatales de salud y la precariedad de la existente; la inexistencia de infraestructura en algunas entidades federativas como Chiapas y Oaxaca, no obstante la reciente construcción de nuevas unidades médicas y hospitales regionales, prueba de ello es que a partir de 2007, como un componente adicional o complementario al seguro popular de salud, se han celebrado convenios específicos de colaboración con el Programa IMSS Oportunidades, para poder prestar servicios de salud a la persona, en especial el acceso a la atención médica, mediante la infraestructura médica y hospitalaria de dicho programa y el programa sexenal de Caravanas de la Salud, que opera mediante unidades médicas móviles o itinerantes.

De esta manera, concluimos que no sólo existe, también persiste una insuficiencia en la protección social de las personas viejas, pues si bien la ampliación de cobertura de la afiliación se extiende hacia ellas, la afiliación en sí misma, no ha garantizado el acceso efectivo a la atención médica de los servicios de salud a la persona, lo que además afirmó la SS, cuando en 2007 sostuvo que:<sup>113</sup>

*En México, a pesar de la información generada intra e interinstitucionalmente, aún no se refleja las necesidades de los adultos mayores, en virtud de que sólo se registran los datos de morbilidad de los usuarios de los servicios de salud y por otro lado, cada institución tiene su propio sistema de información que no siempre es compatible con la del Sector Salud, lo que impide generar políticas públicas en materia de envejecimiento en los tres órdenes de gobierno...*

---

<sup>113</sup> Secretaría de Salud. *Programa de acción específico 2007 2012 Envejecimiento*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México 2008. Véase: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). Fecha de consulta marzo de 2010.

Confiamos en que el mandato Constitucional del derecho de la salud y la creación del SPSS y su brazo operativo el seguro popular de salud, sean una clara respuesta a la visión, compromiso, responsabilidad y honestidad de formar un país con mejores servicios de salud, para todos los mexicanos y que la clasificación legal de servicios de salud a la persona con acceso efectivo a la atención médica, sea una realidad para todos y de manera especial para nuestras personas viejas. Pues la salud, además de ser un derecho fundamental, tiene una virtud particular: es un tema que debiera unificar; un anhelo de todas las sociedades; un compromiso del Estado y los gobiernos en sus distintos ámbitos federal, local, municipal; de la sociedad misma y de los destinatarios de este derecho. En esta medida, la salud es un valor que fortalece el entramado social.

*D. Ubicación geográfica en el nivel nacional, de personas sin acceso a la protección en los tres subsistemas. Determinación por región y entidad federativa en nuestro país, para ubicar a las personas de 60 años o más sin acceso a los servicios de salud, a quienes se dirige el tercer subsistema de protección social en salud mediante el seguro popular de salud*

Consideramos conveniente dejar en claro, que la ampliación de cobertura del proceso de afiliación de las familias al seguro popular de salud por sí misma, no ha garantizado el acceso efectivo y oportuno a la atención médica de dicho núcleo familiar, pues el SPS, es sólo el instrumento a través del cual se podrá acceder y el acceso efectivo implica la recepción física de la atención médica y su seguimiento, por ello pensamos y de allí nuestra crítica, que no basta el crecimiento o ampliación en la cobertura de protección o en los procesos o metas de afiliación, que más que dirigirse a la persona, se realizan en cumplimiento de metas, objetivos o programas.

Debemos conocer el número personas de 60 años y más sin acceso a estos servicios, y su aseguramiento a partir de la implementación del SPSS, mecanismo mediante el cual el Estado, garantizará el acceso efectivo y oportuno de calidad, sin desembolso económico en el momento de la utilización y sin discriminación a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan las

necesidades de salud. Por ello, es conveniente presentar la estructura demográfica de este grupo de la población.

No pretendemos concretarnos y referir sólo cifras estadísticas de este grupo. La intención, es de manera objetiva, analizar el acceso efectivo a la atención médica del servicio de salud, que nos permita concluir en la protección social real a este grupo etáreo y por lo tanto, evidenciar la insuficiencia en dicha protección social.

El fenómeno del envejecimiento de la población, se vincula al panorama de transición demográfica y epidemiológica, por el incremento acelerado en el número de personas de 60 años y más y el predominio de las enfermedades crónico-degenerativas en este grupo; de manera que la atención de su salud, representa un serio reto y desafío para los servicios de salud institucionales, pues las personas viejas, debieran considerarse también como un grupo prioritario, como los recién nacidos o mujeres embarazadas y las diversas necesidades emergentes, como la influenza o el VIH SIDA.

Por lo anterior, para nosotros es importante su ubicación geográfica: primero, en el nivel nacional, por región, por entidad federativa y en el nivel municipal, lo que nos permitirá no sólo dimensionar cuantitativamente el envejecimiento de este grupo de población. En segundo lugar, conocer y ubicar también, en que área territorial se encuentran y su relación con la infraestructura hospitalaria y médica institucional instalada, mediante la cual podrán acceder para satisfacer una necesidad relacionada con su salud.

Recordemos que el acceso efectivo, implica una la relación directa entre el personal médico ubicado en la infraestructura hospitalaria y la persona, donde se concreta el acceso efectivo, de allí la importancia del factor geográfico por una parte y por la otra, que los responsables de la prestación del servicio de salud a la persona, son los Sistemas Estatales de Salud por conducto de los REPSS y a través de dicha infraestructura ubicada en las áreas geográficas de sus jurisdicciones sanitarias.

Dado el potencial analítico, marcos conceptuales y metodológicos, fue necesario apoyarnos con asesoría de funcionarios del INEGI Nuevo León, para los efectos de este análisis, primero, determinamos una división territorial del país en tres regiones

geográficas: región sur, centro y norte. A partir de la división regional, delimitamos las áreas geográficas o áreas metropolitanas en las que existen mayores concentraciones de este grupo de personas; la existencia de infraestructura hospitalaria y médica instalada y por último, el acceso a los servicios de salud. En la tabla 10 siguiente, mostramos la división del país en las regiones norte, centro y sur, que elaboramos para efecto de este trabajo, conforme con el II Censo de Población y Vivienda, INEGI 2005.

En los términos de este II Censo, la población total en el país fue de 103,263 388 millones de habitantes; la población total de personas de 60 y más años, fue de 8,338 835; las personas de 60 años y más, sin acceso a los servicios públicos de salud fue de 3,673 705, lo que equivale a un 44 por ciento de las 8,338 835 de personas en este grupo de edad.

Queremos expresar que a 2005, dos años después de la reforma a la LGS e implementación del SPSS y el seguro popular, el posible impacto de dicha reforma no fue dimensionado por el corto tiempo, por lo que en este punto, al referirnos al SPSS, lo haremos sólo en el período de 2004 a 2005, y con base en los datos y estadísticas informadas por el INEGI en el II Censo de Población y Vivienda 2005. La información posterior a dichos años, es decir 2006 a 2008, la realizaremos sólo para el efecto de actualización.

Tabla 10. Mapa de México por regiones.



En relación con las limitaciones de este trabajo de investigación que ya hemos referido, debemos aclarar que la región sur, en la que se comprenden las entidades federativas ubicadas en la península de Yucatán, Costa del Pacífico y el Golfo, que especificamos en la Tabla 11 siguiente, en ellas, la pluralidad étnica y población en áreas rurales dispersas es predominante. Por lo anterior, sólo para los efectos nacionales, haremos referencia a las personas de 60 y más años y determinaremos las áreas de mayor concentración de este grupo poblacional, sin que abordemos lo relativo al acceso efectivo a la atención médica de los servicios de salud, porque la protección o desprotección social de la vejez en las comunidades indígenas y áreas

rurales ubicadas en dicha región, será una línea de investigación específica en un futuro.

De la Tabla 11 siguiente, nos llamó la atención que de estas entidades federativas Veracruz, Chiapas y Michoacán, concentraran el mayor número de población total y de personas de 60 años y más, además de este grupo de población, el 50 por ciento no tiene acceso a los servicios de salud en Veracruz; en Michoacán, Oaxaca y Chiapas, un 90 por ciento de los mayores de 60 años, no tiene acceso a los servicios de salud.

Tabla 11.<sup>114</sup> Región sur

<b>CLAVE</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>P_TOTAL</b>	<b>P_M_60YMAS</b>	<b>P_60YM_SD</b>
4	Campeche	754730	56210	19279
7	Chiapas	4293459	278350	203209
12	Guerrero	3115202	273182	195895
16	Michoacán de Ocampo	3966073	372115	253247
20	Oaxaca	3506821	341241	259423
23	Quintana Roo	1135309	44163	19566
27	Tabasco	1989969	135093	40807
30	Veracruz de Ignacio de la Llave	7110214	674560	345367
31	Yucatán	1818948	163076	52439
	<b>Total</b>	<b>27690725</b>	<b>2338990</b>	<b>1389232</b>

En la región centro, que describimos en la tabla 12 siguiente, en orden por el mayor número de población total destacan el Estado de México, DF, Jalisco y Puebla; sin embargo, el grupo de personas de 60 años y más en relación con la población total, representado en porcentajes, es mayor en el DF, con 10 por ciento: el Estado de México, con un 9 por ciento y Jalisco y Puebla, con un 8.5 por ciento.

De este grupo etéreo, el que no tiene acceso a los servicios públicos de salud, representa un 50 por ciento en Puebla; un 40 por ciento en el Estado de México y un 25 por ciento en Jalisco y el DF. Para el efecto de nuestro análisis cuantitativo,

<sup>114</sup> Elaboración propia. Fuente: II Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2005. México. La clave es número asignado por el INEGI para efecto de localización; P\_TOTAL, equivale a población total; P\_M 60Y MAS, equivale a población mayor de 60 años y más, y P\_60YM\_SD, equivale a población de 60 años y más sin derecho a los servicios de salud o sin derechohabencia a la seguridad social.

seleccionamos en la Zona Metropolitana del Valle de México, el área conurbana que integran las 15 delegaciones del Distrito Federal, por las siguientes razones: en 2001, se realizó un proyecto latinoamericano coordinado por la Oficina Panamericana de la Salud,<sup>115</sup> que llevó a cabo la Encuesta sobre Salud y Bienestar en el Envejecimiento –SABE– con el objetivo de evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores, de siete ciudades de América Latina y el Caribe: la encuesta SABE, estableció el punto de partida para la investigación sistemática del envejecimiento en zonas urbanas de la Región de América Latina y el Caribe. Esta encuesta sólo se aplicó en el DF, en dicha área conurbana, la que permitió a la entidad federativa, enriquecer el conocimiento sobre las personas adultas mayores.

Además, el Distrito Federal abordó la problemática del Adulto Mayor desde 1997,<sup>116</sup> mediante la aplicación de políticas sociales para la atención de grupos vulnerables y grupos prioritarios, y el 30 de diciembre de 1999, la Asamblea Legislativa aprobó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores,<sup>117</sup> es decir, expidió una reglamentación específica del adulto mayor, con anterioridad a la expedición de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.<sup>118</sup>

También, porque a partir de 2003 el DF cuenta con una Ley, que establece el Derecho a la Pensión alimentaria para los Adultos Mayores de 70 años, residentes en el DF. Otra razón, es la capacidad instalada y resolutiva de la infraestructura hospitalaria y médica con la se cuenta en dicha entidad federativa, que incluye la prestación de servicios públicos de salud en el nivel geriátrico; la gratuidad en la prestación del servicio público de salud; y además, fue la última entidad federativa en firmar con la SS el convenio de Coordinación para incorporarse al SPSS y al seguro popular de salud, en el 2005.

---

<sup>115</sup> Las siete ciudades fueron: Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; La Habana, Cuba; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile; DF, México y São Paulo, Brasil. Véase: [www.insp.mx/Portal/centros/dciss/nls\\_new/docs/dip-ls/encuesta.pdf](http://www.insp.mx/Portal/centros/dciss/nls_new/docs/dip-ls/encuesta.pdf). Consulta marzo de 2010

<sup>116</sup> Ponce Esteban, María Enriqueta. *Situación Jurídica de la vejez en México frente al panorama mundial*. Rev. Jurídica No. 36, Anuario de Derecho de la Universidad Iberoamericana, México, 2007 pp. 88-91. Caro López, Elizabet. *Nuevas Políticas para Adultos Mayores; el caso del Distrito Federal de la asistencia a la participación social*. Véase: [www.insp.mx/adultosmayores.art](http://www.insp.mx/adultosmayores.art). Consulta marzo de 2010.

<sup>117</sup> Publicada en la Gaceta del Distrito Federal de 7 de marzo de 2000.

<sup>118</sup> Legislación federal publicada en el DOF 25 de junio de 2002, durante la administración de gobierno de Vicente Fox.

Tabla 12.<sup>119</sup> Región centro

CLAVE	ENTIDAD	P_TOTAL	P_60YMAS	P_60YM_SD
1	Aguascalientes	1065416	72771	16331
6	Colima	567996	46316	9206
9	<b>Distrito Federal</b>	<b>8720916</b>	<b>859438</b>	<b>225558</b>
11	Guanajuato	4893812	391166	181172
13	Hidalgo	2345514	204325	123020
14	Jalisco	6752113	556526	233031
15	México	14007495	891609	389476
17	Morelos	1612899	143942	64242
18	Nayarit	949684	90661	26553
21	Puebla	5383133	440546	266852
22	Querétaro de Arteaga	1598139	105236	47015
29	Tlaxcala	1068207	82806	47685
	Total	48965324	3885342	1630141

La región norte, se integra con las entidades federativas que especificamos en la tabla 13 siguiente. Si bien podemos advertir, que San Luis Potosí, Chihuahua y Zacatecas tienen un mayor porcentaje de personas de 60 años y más, sin acceso a los servicios públicos de salud, seleccionamos el estado de Nuevo León, porque concentra el mayor número de población total y el mayor número de personas de 60 años y más, en relación con las diversas entidades federativas que ubicamos en esta región, es decir, es la entidad federativa de la región norte, con mayor concentración de personas viejas. Ello, no obstante que el grupo de personas de 60 años y más, sin acceso a los servicios públicos de salud represente en Nuevo León, un 20 por ciento del total de este grupo población, lo que está vinculado a la capacidad de infraestructura hospitalaria y médica instalada con la que cuenta. Además, otro motivo: es nuestro Estado.

<sup>119</sup> Elaboración propia. Fuente: II Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2005. México. La clave es número asignado por el INEGI para efecto de localización; P\_TOTAL, equivale a población total; P\_M 60Y MAS, equivale a población mayor de 60 años y más, y P\_60YM\_SD, equivale a población de 60 años y más sin derecho a los servicios de salud o sin derechohabiencia a la seguridad social



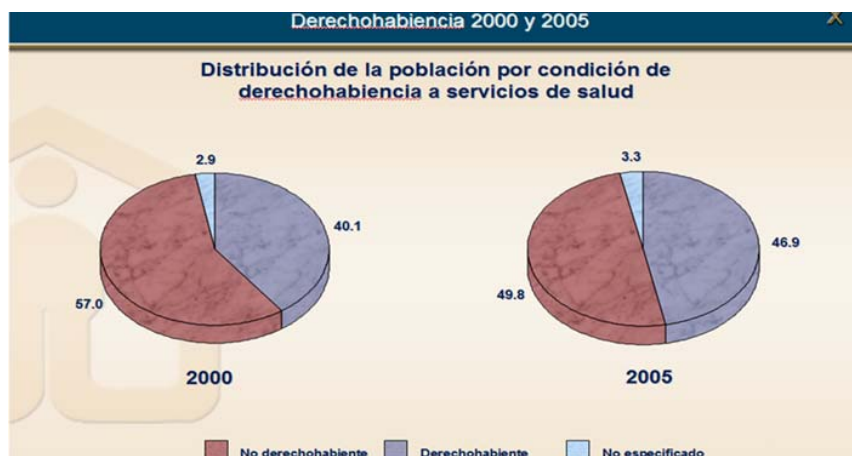
Tabla 13.<sup>120</sup> Región Norte

CLAVE	ENTIDAD	P_TOTAL	P_60YMAS	P_60YM_SD
2	Baja California	2844469	164888	55452
3	Baja California Sur	512170	31053	7288
5	Coahuila de Zaragoza	2495200	193764	41763
8	Chihuahua	3241444	247283	80723
10	Durango	1509117	130472	55041
19	<b>Nuevo León</b>	<b>4199292</b>	<b>334987</b>	<b>64279</b>
24	San Luis Potosí	2410414	221334	106743
25	Sinaloa	2608442	220998	54026
26	Sonora	2394861	191223	44072
28	Tamaulipas	3024238	245476	66813
32	Zacatecas	1367692	134025	77432
	Total	26607339	2115503	653632

Los datos y gráficas anteriores y las que se presentan a continuación están soportadas en el II Censo de Población y Vivienda INEGI, 2005. En la tabla 14 siguiente, mostramos el porcentaje de la población total con y sin acceso a los servicios públicos de salud, con la aclaración, que el porcentaje de población con derecho y acceso a los servicios de salud corresponden al primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, por lo tanto, se ubican en las instituciones de seguridad social comprendidas en dichos subsistemas. En el contenido de la tabla 14, observamos un decremento en el porcentaje de la población no derechohabiente o sin acceso a los servicios públicos de salud, ello puede ser atribuible a la afiliación al seguro popular de salud, durante 2004 y 2005, como instrumento operativo y financiero del SPSS, que constituye nuestro tercer subsistema de protección social en salud. Sin embargo, a 2005, persistió en nuestro país un 49.8 por ciento de la población, sin acceso a los servicios públicos de salud, es decir población abierta.

<sup>120</sup> Idem.

Tabla 14.<sup>121</sup>



*E. Fragmentación en las relaciones de coordinación entre órdenes federal y local. La fragmentación y dispersión en las relaciones de coordinación intra e interinstitucionales entre los órdenes de gobierno federal y de las entidades federativas, en la gestión para el acceso efectivo a la atención médica de los servicios de salud a la persona, que incide en la insuficiencia de la protección*

Hemos expresado, que dado el potencial analítico en todas y cada una de las entidades federativas, para los efectos de evidenciar la fragmentación en las relaciones de coordinación intra e interinstitucionales entre los órdenes de gobierno, federal y local, esquematizaremos en el nivel nacional, la estructura de coordinación y el complejo normativo que debe cumplirse, para que se lleve a cabo tal coordinación en la prestación del servicio de salud a la persona, consistente en el acceso a la atención médica.

Toda que vez que material y jurídicamente, no es posible el análisis en todas y cada una de las entidades federativas, seleccionamos dos entidades: el Distrito Federal y el estado de Nuevo León; y hemos explicado las razones y motivos de dicha selección. Estas, las referiremos como supuestos específicos de ambos órdenes de gobierno y como evidenciamos la fragmentación de sus relaciones de

<sup>121</sup> Fuente: INEGI, II Censo de Población y Vivienda. INEGI, 2005. México.

coordinación. Una entidad en la región centro y es el área conurbana del DF, localizada en la Zona Metropolitana del Valle de México y la otra en la región norte, el estado de Nuevo León, el área metropolitana de Monterrey, que se ubica en la Zona Metropolitana de Monterrey.

En cada una de ellas, observaremos la estructura organizacional, la compleja y excesiva normativa en la prestación de servicios públicos de salud a la persona, así como la fragmentación en las relaciones de coordinación inter e intrainstitucional, lo que incide en la insuficiencia en la prestación del servicio de salud, consistente en el acceso efectivo a la atención médica.

1. En el orden federal entre la Secretaría de Salud y órganos desconcentrados. En el ámbito del gobierno federal en la coordinación entre la Secretaría de Salud en el nivel federal y sus órganos desconcentrados CONPSS y CNPSS, con las entidades federativas a través de sus sistemas estatales de salud y los REPSS

Cuando hablamos de relaciones de coordinación, nos referimos a actividades o interacciones que tienen lugar entre unidades de gobierno federal y estatal, y el nivel territorial de actuación. De manera que las relaciones de coordinación, constituyen mecanismos que tienden a contrarrestar tendencias de centralización de funciones, atribuciones y servicios; por lo tanto, cuando existe ruptura o no hay continuidad en las relaciones de coordinación sean intra o interinstitucionales, decimos que surge una fragmentación en la relación, que inhibe su enlace y continuidad y ello incide en la prestación del servicio público de salud.

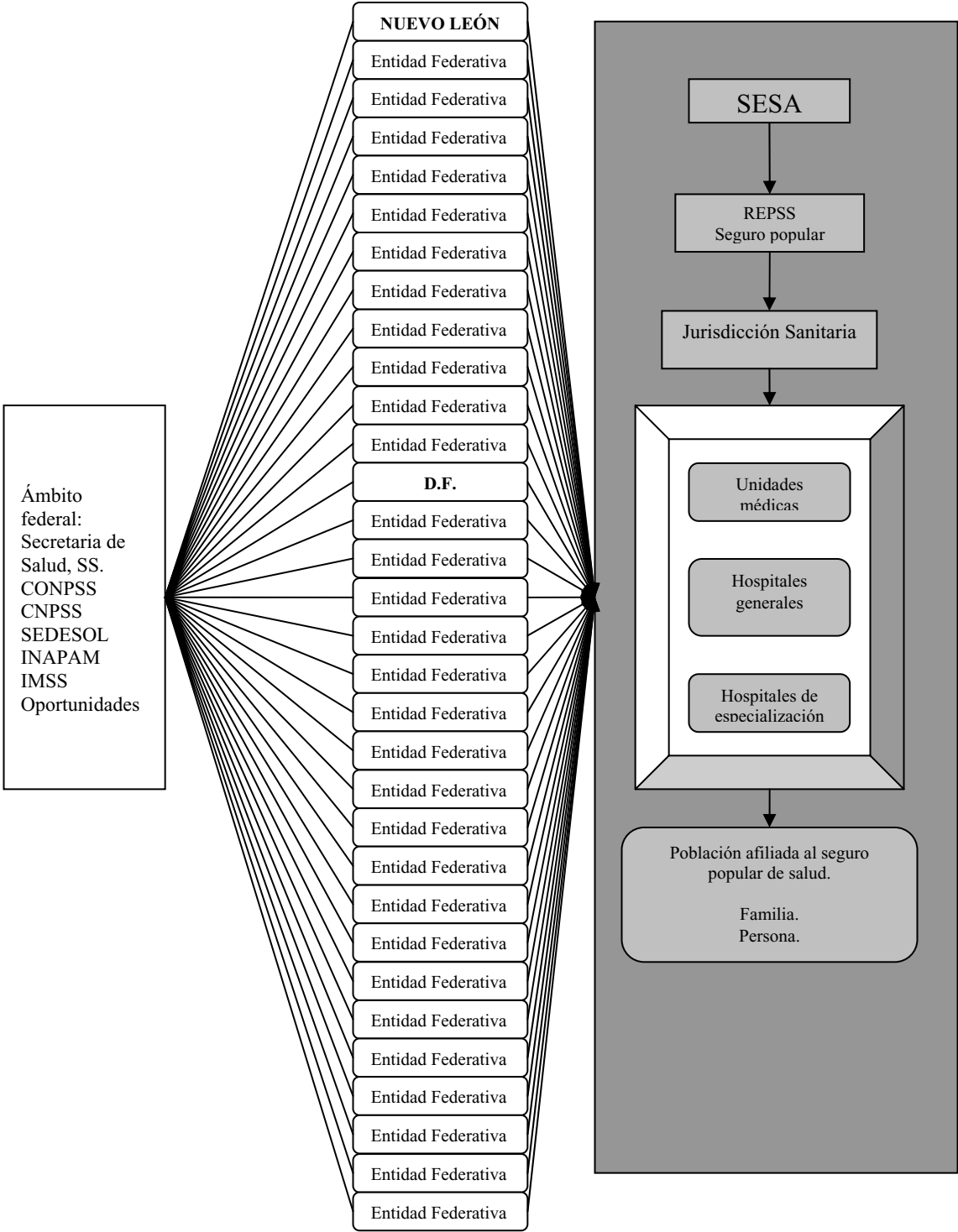
La fragmentación en las relaciones de coordinación, la referimos en el SPSS, primero, en la relación estructural que se da entre los dos ámbitos de gobierno y a su vez con las jurisdicciones sanitarias, que son las unidades territoriales donde se ubica la infraestructura hospitalaria y médica, a través de la cual se proporciona materialmente el servicio de salud y por ende el acceso ; y en segundo lugar en las relaciones jurídicas, en cuanto a la excesiva y compleja reglamentación o entramado

normativo, que debe observarse en dichos ámbitos de gobierno, para la prestación de los servicios de salud consistentes en el acceso a la atención médica.

Para darnos una idea de la complejidad estructural y jurídica, nos permitimos visualizar gráficamente en la tabla 15 siguiente, la compleja relación estructural entre ambos órdenes de gobierno, es decir, entre órdenes de gobierno federal entre sí y entre éstos y los órdenes de gobierno en las entidades federativas.

En la tabla 16 siguiente, citamos y relacionamos tanto en el ámbito de gobierno federal como en el de las entidades federativas, la excesiva y compleja reglamentación o entramado normativo, que vinculamos con las relaciones jurídicas entre ambos órdenes de gobierno., así como las instituciones y dependencias involucradas en el cumplimiento de los fines y objetivos del derecho de la salud, en el tercer subsistema de protección social en salud.

Tabla 15. Relación estructural.<sup>122</sup>



<sup>122</sup> Elaboración propia con fuente: Secretaría de Salud. *Sistema de Protección en salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006. Es importante relacionar esta tabla con las tablas 8 anterior y la 16 infra, de este capítulo.

Tabla 16.<sup>123</sup> Entramado normativo en la relación jurídica.

<p><b>ÁMBITO FEDERAL.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Constitución General Art. 4°.</li> <li>-Ley General de Salud.</li> <li>-Reglamentos de la Ley General de Salud.</li> <li>-Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.</li>   <li>-Reglamento Interior del CONPSS.</li> <li>-Reglamento Interior de la CNPSS.</li> <li>-Acuerdo de coordinación nacional al SPSS.</li> <li>-Convenio IMSS oportunidades</li> <li>-Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.</li>   <li>-Programa Oportunidades</li> <li>-Programa Adultos Mayores</li> <li>-Programa 70 y más</li> <li>-Reglas de Operación del Programa 70 y más</li> </ul> <p>Institutos o dependencias federales:                  Secretaria de Salud                  SEDESOL                  INAPAM                  DIF nacional                  CONAEN</p> <p>Decreto del Presupuesto Anual de Egresos de la Federación.</p>	<p><b>ÁMBITO LOCAL.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Constitución local.</li> <li>-Ley Estatal de Salud.</li> <li>-Reglamentos de la Ley Estatal de Salud.</li> <li>-Reglamento Interior de la dependencia estatal de salud .</li> <li>Reglamento Interior del OPD</li> <li>-Reglamento Interior o manual del REPSS.</li> <li>-Convenio de coordinación estatal al SPSS.</li>   <li>-Ley Estatal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.</li>   <li>Programas estatales de Apoyo a Adultos Mayores de 70 años y más</li> <li>Reglas de Operación del Programa de 70 años y más.</li>   <li>I</li> <li>Institutos o dependencias:                  Secretaria de Salud                  Servicios de Salud en el Estado: OPD                  SEDESOL estatal                  DIF estatal                  Comités estatales de atención al adulto mayor.</li> <li>Decreto del Presupuesto anual de Egresos del Estado.</li> </ul>
---	--

2. En el orden local, en áreas metropolitanas seleccionadas. En el ámbito de las entidades federativas, en cuyas áreas metropolitanas existen mayores concentraciones de personas de 60 años y más

- a. Área metropolitana del Distrito Federal.

En este punto es necesario que distingamos, entre la Zona Metropolitana del Valle de México, que territorialmente comprende parte del Estado de México, el Estado de Hidalgo y el Distrito Federal.

<sup>123</sup> Elaboración propia. Fuente: Idem.

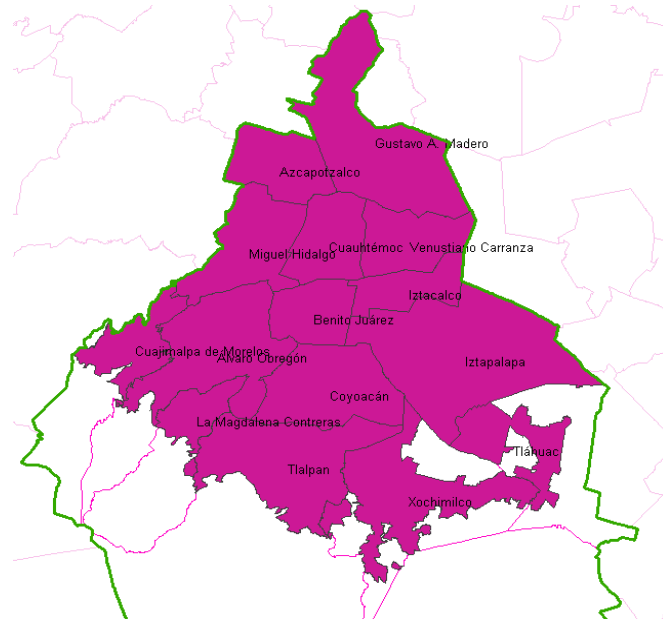
Este trabajo lo dirigimos al área metropolitana o urbana continua del Distrito Federal, que se integra por las 15 delegaciones o municipios que describimos en la tabla 17 siguiente, en la que sobresalen por el mayor número de personas viejas y sin acceso a los servicios de salud, las delegaciones de Iztapalapa y Gustavo A. Madero. En la tabla 18 siguiente, representamos el área geográfica urbana del área metropolitana del Distrito Federal y la ubicación de la infraestructura hospitalaria.

Tabla 17.<sup>124</sup> Delegaciones del área metropolitana del DF

<b>DELEGACION</b>	<b>P_TOTAL</b>	<b>P_60YMAS</b>	<b>P_60YM_SD</b>
Gustavo A. Madero	1,193,161	131,669	31,147
Azcapotzalco	425,298	50,407	9,191
Miguel Hidalgo	353,534	45,221	10,319
Cuauhtémoc	521,348	62,285	16,350
V. Carranza	447,459	52,857	14,126
Iztacalco	395,025	45,254	11,133
Benito Juárez	355,017	53,959	10,406
Cuajimalpa de Morelos	150,482	9,986	2,747
Iztapalapa	1,820,888	137,333	46,121
Coyoacán	628,063	73,368	15,609
Magdalena Contreras	228,251	19,864	4,544
Álvaro Obregón	706,265	65,371	16,050
Tláhuac	294,415	18,160	6,552
Xochimilco	396,852	29,841	10,099
Tlalpan	547,848	47,941	12,960
<b>Total</b>	<b>8,463,906</b>	<b>843,546</b>	<b>217,362</b>

<sup>124</sup> Elaboración propia. Fuente: II Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2005. México. P\_TOTAL, equivale a población total; P\_60Y MAS, equivale a población mayor de 60 años y más, y P\_60YM\_SD, equivale a población de 60 años y más sin derecho a los servicios de salud o sin derechohabencia a la seguridad social

Tabla 18. Delegaciones que conforman el área metropolitana de DF y ubicación territorial de infraestructura hospitalaria.



Mapa de Hospitales de la Secretaría de Salud del D.F.





En la estructura de gobierno del Distrito Federal, los servicios públicos de salud a la comunidad y a la persona, se coordinan y proporcionan a través de dos subsistemas de establecimientos para la atención médica. Uno conformado por una dependencia, que es un órgano desconcentrado de la administración pública y que se denomina Secretaría de Salud del Distrito Federal, de la cual forman parte una red de hospitales ya establecidos y que representamos en la Tabla 18 anterior.

El otro subsistema, está constituido por un organismo público descentralizado de la administración pública, denominado Servicios de Salud del Distrito Federal, que cuenta con una red de centros de salud,<sup>125</sup> distribuidos territorialmente en las 15 delegaciones del DF, y se organizan operativamente a través de las jurisdicciones sanitarias que existen en cada una de las delegaciones.

En la estructura orgánica de la dependencia estatal, se contempla la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, de la cual depende la Subdirección del Sistema de Protección Social en Salud.<sup>126</sup> A través de esta subdirección, se regula la operatividad y funcionamiento del SPSS y el seguro popular de salud, como equivalente al REPSS, en los términos del Acuerdo de Coordinación celebrado en 2005, por la Secretaría de Salud del gobierno federal y el gobierno del Distrito Federal, para la ejecución del SPSS.<sup>127</sup>

En relación con la infraestructura hospitalaria y médica, mediante la cual se presta el servicio de salud, consistente en el acceso a la atención médica a la persona, existe una jurisdicción sanitaria en cada una de las 15 delegaciones. Existen 24 hospitales, algunos de ellos generales y de especialización en pediatría, materno infantiles; así como 179 unidades de atención médica o centros de salud.<sup>128</sup>

---

<sup>125</sup> Este OPD nació en el DF con motivo de la descentralización de los servicios de salud del Gobierno Federal a las entidades federativas, y se constituyó con base en el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud de 25 de septiembre de 1996. El Convenio de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud a población abierta en el Distrito Federal se firmó el 3 de julio de 1997.

<sup>126</sup><sup>126</sup> Secretaría de Salud en el DF. Véase: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/www.salud.df.gob.mx/Organigrama.pdf>. Consulta marzo de 2010

<sup>127</sup> Acuerdo publicado en DOF de 10 de agosto de 2005

<sup>128</sup> Véase: [www.salud.df.gob.mx/infraestructurahospitalaria](http://www.salud.df.gob.mx/infraestructurahospitalaria). Consulta marzo de 2010

Hemos expresado que en el nivel nacional, en el país se dispone de 1.4 médicos por mil habitantes y 1.96 enfermeras por mil habitantes, lo que se encuentra por debajo de la media, conforme con los lineamientos de la OCDE, que es 3.1 médico y 9.6 enfermeras por mil habitantes respectivamente.<sup>129</sup> En el DF, se cuenta con 3.1 médicos por mil habitantes. Es la única entidad en el país, que se ubica en el parámetro de los países latinoamericanos que forman parte de la OCDE.<sup>130</sup>

En relación con las personas viejas y su derecho de la salud, en octubre de 1999, dio inicio la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento –SABE- y se terminó en junio de 2000. Esta encuesta fue patrocinada por la OPS, con el objetivo de evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores, en siete ciudades de América Latina y el Caribe; en México, sólo fue aplicada en el Distrito Federal y esta encuesta constituye el punto de partida para la investigación sistemática del envejecimiento en zonas urbanas de las regiones en las que se aplicó, entre ellos, Buenos Aires, Argentina; La Habana, Cuba; Santiago, Chile y São Paulo, Brasil, cuyo universo de estudio fue la población mayor de 60 años.<sup>131</sup>

No es nuestra intención detallar la metodología, resultados y conclusiones de la encuesta SABE. La trajimos a colación, por ser un estudio importante y como a partir del mismo en el DF, se diseñaron programas, se realizaron acciones y se legislaron normas tendientes a la protección de la salud de las personas viejas; además, en nuestro país a raíz de la encuesta SABE, en 2000 y 2003 se aplicó la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México –ENASEM-<sup>132</sup> en personas de 50 años o mayores, seleccionadas en zonas urbanas.

En el DF, mediante coordinación intrainstitucional con organismos como DIF, ISSSTE, INAPAM, IMSS, Comisión de Derechos Humanos, SEP y otras, se abordó la problemática del adulto mayor enfocada a la salud, la nutrición, mercado laboral, educación, integración familiar y atención jurídica, en forma anticipada al

---

<sup>129</sup> Secretaría de Salud. *Rendición de Cuentas en Salud. 2008*. México, p. 94

<sup>130</sup> Idem.

<sup>131</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Encuesta SABE 2001 e informes preliminares*. Véase: [www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls\\_new/docs/dip\\_ls/](http://www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls_new/docs/dip_ls/) . Consulta marzo de 2010

<sup>132</sup> En relación con la ENASEM, Véase.: Wong, Rebeca, Et. al. *Adultos Mayores Mexicanos en el contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento*. Véase: en [www.insp.mx/rsp/articulos/articulo](http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo). Consulta marzo de 2010.

gobierno federal, pues en marzo de 2000, fue publicada la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal.<sup>133</sup>

En diciembre de 2000,<sup>134</sup> como parte de una política social orientada a la generación de derechos y la atención prioritaria de los grupos sociales más desfavorecidos o en condiciones de vulnerabilidad, se iniciaron una serie de estrategias que permitieran atender de manera integral a las personas adultas mayores, para disminuir las desigualdades y contribuir a la mejora de su calidad de vida.

En cumplimiento a la Ley de los Derechos de los Adultos Mayores, en febrero de 2001, mediante acuerdo, se emitió el Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos gratuitos para adultos mayores de 70 años residentes en el DF, consistente un apoyo económico para la adquisición de alimentos, con la tendencia de que dicho apoyo se convertiría en una Pensión Universal Ciudadana. En noviembre de 2003, dicha política o programa de acción, se elevó a rango legal, con la expedición de la Ley que establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal,<sup>135</sup> y en cuya exposición de motivos y dictamen de la iniciativa, se destacaron entre otros, los resultados de la encuesta SABE.

En 2005, se emitió el acuerdo por medio del cual se establece el Programa de Visitas Médicas Domiciliarias, que contribuye de forma significativa a la atención integral de las personas adultas mayores. Este programa, ha permitido que un equipo de más de 200 médicos capacitados en gerontología y geriatría, acompañados de educadoras comunitarias, realicen valoraciones geriátricas de manera integral, a los beneficiarios de la pensión alimentaria; de manera inicial a los que radican en unidades territoriales de alta y muy alta marginación, a partir de la cual se canaliza a los adultos mayores que tienen seguridad social y/o son funcionales, a sus unidades de salud correspondientes; en el supuesto de presentar alguna disfunción, proporcionan la atención médica de seguimiento en el domicilio.

---

<sup>133</sup> Publicada en la Gaceta del Distrito Federal de 7 de marzo de 2000. La Ley Federal, fue publicada en el DOF del 25 de junio de 2002.

<sup>134</sup> Programa Institucional 2008 201: Del Instituto para la atención de los Adultos Mayores en el DF. Véase: [www.adultomayor.df.gob.mx/](http://www.adultomayor.df.gob.mx/) Consulta marzo de 2010

<sup>135</sup> Publicada en la Gaceta del D.F. de 18 de noviembre de 2003.

Este programa de Visitas Médicas Domiciliarias, visualiza en forma anticipada, la problemática de la pérdida de autonomía o dependencia de las personas viejas.

Otra de las acciones del gobierno del DF, orientadas a garantizar el bienestar de este sector de la población, fue la creación del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal -AAMDF- el 2 de julio de 2007,<sup>136</sup> que forma parte de la estructura operativa de la Secretaría de Desarrollo Social del DF y cuyos objetivos y fines son similares al INAPAM.

Entre las atribuciones de este Instituto, encontramos, la operación de la Pensión Alimentaria para Personas Adultas Mayores de 70 años residentes del Distrito Federal; la coordinación del Programa de Visitas Médicas Domiciliarias para los pensionados; la promoción y tutela de los derechos de las personas adultas mayores; asimismo, promueve acciones encaminadas a la generación de una cultura de la vejez y el envejecimiento; coordina las acciones de las diferentes instancias del Gobierno del Distrito Federal en favor de los adultos mayores.

El instituto cuenta además, con un Centro de Documentación, que se caracteriza por su contenido dirigido a los adultos mayores, en temas como enfermedades, promoción de la salud, auto cuidado, políticas públicas, derechos, educación, programas de gobierno y redes de apoyo, entre otras.

De la tabla 12 anterior, referente a la región centro del país, entre ellos el DF, advertimos, que la población de 60 años y más es de 859,438 personas, de ellas, 225,558 personas no cuentan con acceso a los servicios públicos de salud, lo que representa el 25 por ciento. En el resto de las entidades federativas que integran la región centro, este grupo de 60 años y más, sin acceso a los servicios públicos de salud, representa el 40 por ciento en el Estado de México; el 43 por ciento, en Guanajuato y el 60 por ciento, en Puebla.

Lo anterior, significa que en el DF, el porcentaje de la población de 60 y más años, sin acceso a los servicios públicos de salud, es menor que el resto de las entidades federativas que conforman la región centro; sin duda alguna, por la capacidad instalada y resolutive de la infraestructura hospitalaria y médica; por los programas y acciones gubernamentales de apoyo a estas personas y la

---

<sup>136</sup> Véase: [www.adultomayor.df.gob.mx/](http://www.adultomayor.df.gob.mx/). Consulta 10 de marzo 2010

coordinación intrainstitucional entre las dependencias de gobierno. En relación con el SPSS y seguro popular de salud, recordemos que fue hasta el 2005, cuando el gobierno del Distrito Federal, celebró con la Secretaría de Salud, el convenio o acuerdo de coordinación para la ejecución del SPSS; de manera, que a partir del 2006, el seguro popular de salud para las personas de 60 años y más, se dirigirá a las 225,518 personas, sin acceso a los servicios públicos de salud y las que se integren a dicho grupo por rango de edad después del 2005.

A partir de 2006, el seguro popular de salud, los procesos de afiliación de familias beneficiarias y la operación de este seguro público, se lleva a cabo por la dependencia estatal Secretaría de Salud del DF, a través de la Subdirección del Sistema de Protección Social y de manera esencial, se dirige al Seguro Médico para una Nueva Generación, es decir, atención médica a nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006 y al programa federal de Embarazo saludable; a las familias que habitan en zonas de alta y muy alta marginación en las delegaciones que conforman el área metropolitana del DF y a personas con padecimientos considerados como gasto catastrófico.<sup>137</sup>

Recordemos que el SPS, prevé un régimen contributivo y uno no contributivo y en el Distrito Federal, los servicios públicos de salud a las personas de 60 años y más, son gratuitos, lo que pondría en desventaja la operación del SPS frente a las acciones en salud que realiza el gobierno del Distrito Federal en favor de los adultos mayores. Para apreciar las diferencias entre el seguro popular de salud y el programa del Seguro Médico y Medicamento Gratuitos del gobierno del DF, nos apoyamos en un estudio realizado por la Fundación Adolfo Christlieb Ibarrola,<sup>138</sup> que graficamos en la Tabla 19 siguiente.

---

<sup>137</sup> Véase: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro\\_popular/](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/), Consulta marzo de 2010

<sup>138</sup> Véase. <http://www.fundacion-christlieb.org.mx/estudios/estudio61.pdf>. El seguro popular de salud y los programas de salud en el DF. Consulta marzo de 2010

Tabla 19 Seguro popular de salud y Seguro Médico y medicamentos gratuitos del DF

Rubro	SPS FEDERAL	SMMG DEL D.F.
Población objetivo	Personas y familias que no sean derechohabientes de instituciones de seguridad social como el IMSS , ISSSTE, ISSFAM, PEMEX	Personas que no sean derechohabientes de instituciones de seguridad social como el IMSS, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX así como todos los adultos mayores, con enfoque a los mayores de 70 años
Requisitos de inscripción	Residir en el territorio nacional, no estar afiliados al IMSS o al ISSSTE, ISSFAM, PEMEX, presentar una identificación oficial y una copia de la CURP de los integrantes de la familia que serán cubiertos, comprobante de estudios de los menores de 18 años.	Residir en el Distrito Federal en los últimos tres años, no estar afiliados al IMSS, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX, si son menores de 70 años presentar una identificación oficial y una copia de la CURP de los integrantes de la familia que serán cubiertos.
Pago de cuota	Régimen contributivo y no contributivo	
Servicios que presta	Servicios de prevención y detección de enfermedades (vacunas, diagnóstico en análisis clínicos y uso de radiografía, tomografía, ultrasonido y resonancia magnética donde es posible); tratamiento de enfermedades (infecciosas; crónico degenerativas; dentales; salud reproductiva; embarazo, parto y pediatría); cirugía y hospitalización (urgencias, traumatología, hospitalización general, cirugía general, ginecológica, urológica, oftalmológica y reconstructiva para niños	Servicios de prevención y detección de enfermedades (vacunas, diagnóstico en análisis clínicos y uso de radiografía, tomografía, ultrasonido y resonancia magnética donde es posible); tratamiento de enfermedades (infecciosas; crónico degenerativas; dentales; salud reproductiva; embarazo, parto y pediatría); cirugía y hospitalización (urgencias, traumatología, hospitalización general, cirugía general, ginecológica, urológica, oftalmológica y reconstructiva para niños. Atención medica geriátrica
Medicamentos	Los que requiera la atención del paciente.	Los que requiera la atención del paciente. Se hace explícito que incluye los referidos al control del VIH-SIDA.

Podemos observar en la tabla 19 anterior, que los programas tienen semejanzas, salvo en dos aspectos: 1. El SPS, contempla el pago de una cuota de acuerdo a las posibilidades del usuario y el SMMG del DF, es cien por ciento gratuito y; 2. El SPS no distingue ni se enfoca a los adultos mayores de 70 años, mientras que el SMMG del DF, no sólo cubre a los derechohabientes mayores de 70 años, además, legalmente les otorga mensualmente un apoyo económico, que es la pensión alimentaria. Existen otros beneficios para los adultos mayores, relacionados con descuentos en el pago servicio de agua y predial, transporte público gratuito y acceso gratuito a eventos culturales.

Con este panorama en el área metropolitana del DF, podemos afirmar, que existe una amplia comprensión del proceso de envejecimiento demográfico, una atención prioritaria para los adultos mayores; que se han generado decisiones políticas, programas sociales y disposiciones legales, dirigidos de manera específica a la protección social en materia de salud a las personas viejas.

Que la protección social en salud de las personas viejas, se ha planeado y dirigido en forma prioritaria, en dicha entidad federativa, con énfasis en las personas de 70 años y más y en la que se incluyen aquellas con discapacidades funcionales o pérdida de autonomía. Podríamos sostener, que si existe insuficiencia en la protección, ésta tiende a reducirse al mínimo, y en ello, de manera definitiva, intervienen factores que hemos expresado como su amplia capacidad de infraestructura hospitalaria y médica, la coordinación intrainstitucional en el gobierno, la creación legislativa de derechos como la pensión alimentaria a los mayores de 70 años, la aplicación de programas tendientes a la protección social en salud de este grupo de personas como el Programa de Visitas Médicas Domiciliarias, servicios médicos y medicamentos gratuitos, descuentos en el pago de servicios de agua e impuesto predial, pasaje gratuito en los medios de transporte del gobierno del DF, entrada gratuita a espectáculos artísticos y culturales.<sup>139</sup> Sin olvidar que en el área

---

<sup>139</sup> En marzo 2008 se elaboró una encuesta de percepción sobre beneficios y evaluación de la pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años residentes en el DF, mediante la cual se constató que en la totalidad de los casos de la muestra, las personas mayores recibían la pensión, - \$788.85 mensuales- misma que destinaban prioritariamente a alimentos. Véase: [www.adultomayor.df.gob.mx](http://www.adultomayor.df.gob.mx). Consulta marzo de 2010

metropolitana de referencia, existe también el INAPAM, que cuenta con programas y acciones tendientes a la protección social en salud, educación y cultura dirigidas a los adultos mayores de 60 años.

En relación con la coordinación entre este ámbito de gobierno y el gobierno federal, observamos que el DF fue la última entidad, en 2005, en celebrar Acuerdo de Coordinación para la implementación del SPSS. La resistencia a firmar dicho acuerdo, puede estar relacionada con factores políticos o de partido que no referiremos en este punto. Consideramos que entre otros factores se encuentra que, el sistema de protección social en salud, dirigidos a los adultos mayores en el DF, es gratuito y el seguro popular de salud, que no distingue a este grupo de población, si contiene un régimen no contributivo en los deciles de ingreso I y II, y del III al X deciles, incluye un régimen contributivo, es decir, el pago de cuotas anuales familiares.

La Secretaría de Salud del gobierno federal,<sup>140</sup> informó que durante el período 2007 a diciembre de 2008, no se registró captación de cuotas familiares en régimen contributivo en el DF, y para diciembre de 2008 en el DF, la población afiliada al SPSS fue de 282,901, sin que apreciamos distinción en dicha población del número personas de 60 años o más.

#### b. Área metropolitana de Monterrey, Nuevo León

El Estado de Nuevo León, está situado al noreste de la República Mexicana, tiene una extensión de 65,555 kilómetros cuadrados, lo ubicamos en la región norte del país, conforme con las tablas 10 y 13 anteriores. Es la entidad federativa de la región norte, que tiene mayor población total y mayor población de 60 años y más. La población total fue de 4,199 292; las personas de 60 años y más fueron 334,987 y de ellas, 64,279 personas, es decir, el 19 por ciento de las mayores de 60 años, no tienen acceso a los servicios públicos de salud, conforme con los datos del INEGI,<sup>141</sup> lo que representa un porcentaje menor al del DF.

---

<sup>140</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2008*. pp. 11 - 21. Véase: [www.salud.gob.mx/](http://www.salud.gob.mx/). Consulta marzo de 2010

<sup>141</sup> INEGI, II Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2005, México.



Sólo para los efectos de este trabajo de investigación, el estado de Nuevo León y sus 51 municipios lo ubicamos en la región norte. Lo hemos dividido territorialmente en tres regiones, norte, centro y sur.<sup>142</sup> La región centro, conformada por Monterrey, Guadalupe, San Nicolás de los Garza, Apodaca, General Escobedo, Santa Catarina, San Pedro Garza García y Juárez, concentran el 84.5 por ciento de la población, por ello, nos enfocamos al área metropolitana de Monterrey, que comprende dichos municipios y además el municipio de Santiago, por integrar el área urbana continua dentro de la metropolitana. En el área metropolitana de Monterrey, la población total ascendió a 3,483 675 de personas, de las cuales, 265,169 personas, se ubican en el grupo de 60 años y más y de éstas últimas, 43,591 personas, no tienen acceso a los servicios públicos de salud y representan en el área metropolitana el 16 por ciento de este grupo poblacional.

La división por regiones del Estado y el área metropolitana de Monterrey,<sup>143</sup> y los municipios que conforman dicha área metropolitana, la representamos en la tabla 20 siguiente.<sup>144</sup>

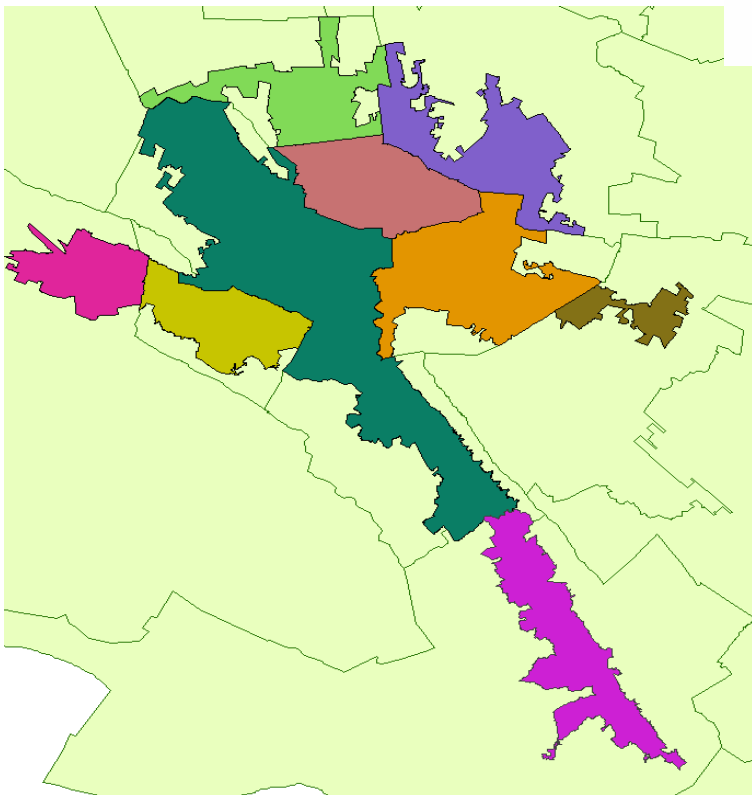
---

<sup>142</sup> En la región centro, además de los municipios citados se encuentran Cadereyta de Jiménez, García y Salinas Victoria y junto con los municipios ya citados, conforman la Zona Metropolitana de Monterrey. Nosotros nos enfocamos al área metropolitana por la continuidad urbana entre los municipios referidos.

<sup>143</sup> INEGI, II Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2005. México.

<sup>144</sup> Elaboración propia .Fuente: INEGI, II Censo de Población y Vivienda INEGI, 2005, México.

Tabla 20. Estado de Nuevo León, regiones norte, centro y sur. Área Metropolitana de Monterrey.



Es importante que expresemos, que en Nuevo León, se cuenta con un antecedente relativo al envejecimiento de la población, que data de 1988 y es la *Encuesta de la Población de la Tercera Edad, del área metropolitana de Monterrey*, que fue realizada por el entonces Consejo Estatal de Población, en la que ya se resaltaba que el tema de la vejez, tenía características relacionadas con la salud, vivienda y empleo, que exigirían atención específica y demandarían conceptos y metodologías propias. Además dicha encuesta, es anterior a las encuestas SABE, en 1999, aplicada sólo en el DF, y la ENASEM de 2001, relacionadas con el envejecimiento y la salud.<sup>145</sup>

En relación con el derecho de la salud y la prestación de los servicios de salud de atención médica a la persona y con enfoque a las personas viejas, en el marco del SPSS y del seguro popular de salud, cuya operación y materialización es responsabilidad de los sistemas estatales de salud, en el Estado de Nuevo León, primero haremos referencia a la estructura y disposiciones legales referentes al sistema estatal de salud, que incluye la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud de Nuevo León –OPD- así como la diversa dependencia estatal denominada actualmente Secretaría de Desarrollo Social, que sustituyó al entonces Consejo de Desarrollo Social,<sup>146</sup> que funcionó como tal en el período 2003-2009, y el organismo DIF en el estado, por su vinculación con la prestación del servicio de salud a la persona.

En la estructura de la administración pública del estado de Nuevo León, se incluye la Secretaría Estatal de Salud, como dependencia de la administración pública centralizada, y conforme con la Ley Orgánica de la Administración Pública del

---

<sup>145</sup> Este antecedente lo comentamos porque en Nuevo León, de manera visionaria, se realizaba esa encuesta en la que se dimensionaba el envejecimiento y su impacto en la salud, veinte años antes que en el DF y que en resto del país. No obstante dicha encuesta, en el período de 1990 a 2000, no encontramos políticas o programas sociales que en el Estado se dirigieran a las personas viejas, ello probablemente porque en los 90 el porcentaje de personas mayores de 60 años era un equivalente a 2.5 por ciento en relación con la población total y en el 2005, quince años después dicho porcentaje se incrementó a un 7.5 por ciento, casi igual al porcentaje en el nivel nacional que es de un 8.3 por ciento.

<sup>146</sup> En la actual administración de gobierno 2009-2015, se modificó la Ley Orgánica de la Administración Pública en el Estado, mediante esta reforma se extinguió legalmente el Consejo de Desarrollo Social y su estructura operativa, financiera y funcional, pasó a formar parte de la actual Secretaría de Desarrollo Social, reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado de 2 de octubre de 2009.

estado, fue creada en noviembre de 1985, existiendo ya los Servicios Coordinados de Salud Pública, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud en el nivel federal. Durante la administración estatal 1991-1997, legalmente se modificó la estructura normativa de la Secretaría Estatal de Salud y se convirtió en una Subsecretaría de Salud, integrada a la entonces Secretaría de Desarrollo Social, modificación publicada en el Periódico Oficial de 31 de junio de 1991.

En Agosto de 1996, el Gobierno federal y estatal, celebraron los Acuerdos de Coordinación, a fin de consolidar el proceso de descentralización de los servicios de salud y al efecto, se previó la creación de un Organismo Público Descentralizado – OPD- y el 18 de diciembre de 1996, se publicó su creación jurídica denominado *Servicios de Salud de Nuevo León*. En realidad, fue la transformación de los entonces Servicios Coordinados de Salud Pública, que como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud en el nivel federal, ya operaba en la prestación de servicios de salud a población abierta y se convirtió en el OPD en cita, cuyo objetivo seguiría siendo el mismo, es decir, la prestación de los servicios públicos de salud a la población abierta o sin acceso a la seguridad social, en tanto la dependencia estatal de salud, seguía integrada como una Subsecretaría de Salud, a la entonces Secretaría de Desarrollo Social.

De acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado,<sup>147</sup> en 2003, la entonces Secretaría de Desarrollo Social se extinguió legalmente como dependencia de la administración central y en las funciones materiales y legales fue sustituida por un organismo público descentralizado denominado *Consejo de Desarrollo Social* y lo que era la Subsecretaría de Salud, se convirtió en la Secretaría de Salud, como dependencia de la administración pública central en el Estado.

En virtud de la reforma a la Ley General de Salud, en mayo de 2003, se implementó el SPSS y su brazo operativo el seguro popular de salud. Esta reforma motivó que en el estado, la administración de González Parás, en 2004, propusiera nuevas modificaciones legales tanto en el OPD *Servicios de Salud de Nuevo León*, como en la estructura orgánica de la Secretaría de Salud en el estado, creando en la

---

<sup>147</sup> Publicada en el Periódico Oficial del Estado de 9 de octubre de 2003. Artículos 26 y 41. Estos cambios legislativos se dieron al inicio de la Administración de González Parás.

dependencia estatal nuevas áreas como: la Unidad de Relaciones Públicas, la Dirección Sectorial de Salud y Bienestar Social, la Dirección de Innovación y Calidad; en la Dirección Administrativa se creó la Subdirección de Procesos y el Departamento de Organización y Modernización Administrativa y se convirtió en Dirección la Unidad de Asuntos Jurídicos.<sup>148</sup>

Respecto del OPD, el 1º junio de 2004, el gobierno del estado y la Secretaría de Salud del gobierno federal, suscribieron el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en Nuevo León,<sup>149</sup> comprometiéndose el estado a realizar las acciones jurídicas necesarias para instituir el Régimen Estatal de Protección Social en Salud. En virtud del acuerdo de coordinación antes referido y para dar cumplimiento al mismo e instituir el REPSS en el estado, en sesión extraordinaria de la Junta de Gobierno del Organismo Público Descentralizado de los Servicios de Salud de Nuevo León, el 15 de Diciembre del 2005, se aprobaron por unanimidad las Reformas y Adiciones al Reglamento Interior del Organismo, en las que se previó la creación de la Dirección del Régimen de Protección en Salud.<sup>150</sup>

De esta manera, las responsabilidades en la ejecución del SPSS en la entidad, legalmente se adscribieron a los Servicios de Salud de Nuevo León,<sup>151</sup> como OPD y no a la dependencia estatal de salud. En la estructura orgánica del OPD, observamos la Dirección del Régimen de Protección Social en Salud y las atribuciones de su titular entre ellas: promover la afiliación y verificación de la vigencia y tutela de derechos de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud; la administración de los recursos financieros asignados; la verificación de que los prestadores de servicios cumplan con los requisitos legales y la rendición de cuentas; así como gestionar la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa a través de las unidades médicas del OPD, y/o de forma indirecta a

---

<sup>148</sup> Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, expedido por el Ejecutivo del Estado y publicado en el Periódico Oficial del Estado Número 130 de 12 de octubre de 2004.

<sup>149</sup> Publicado en el DOF de 15 de julio de 2004

<sup>150</sup> Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Nuevo León. Reformadas publicadas en el Periódico Oficial del Estado de 12 de mayo de 2006.

<sup>151</sup> Artículo 25 bis, del Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Nuevo León, publicado en el Periódico oficial del Estado Número 130 de 12 de octubre de 2004.

través de las unidades médicas de otras entidades federativas o de instituciones del sector público y privado, de conformidad con la legislación aplicable. En la estructura administrativa por territorio y función, consistente en la distribución territorial de las jurisdicciones sanitarias en el estado, éstas son dependientes del OPD,<sup>152</sup> y en ellas se encuentra físicamente instalada la infraestructura hospitalaria y médica, mediante la cual se prestan los servicios de salud de atención médica a la persona.

En relación con la capacidad de la infraestructura hospitalaria y médica, instalada en el estado y su distribución por área geográfica,<sup>153</sup> en el documento en cita, se destacó la salud como eje rector del bienestar de la población; ampliar la cobertura en la prestación de los servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención; crear la infraestructura necesaria de sector público para atender a la población abierta, así como instrumentar el SPSS para la población, sin acceso a los esquemas de seguridad social.

Para otorgar servicios públicos de salud, la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud en el Estado, cuentan con una infraestructura hospitalaria y médica, distribuida geográficamente en el territorio estatal, que se divide operativamente en 8 Jurisdicciones Sanitarias: 4 urbanas y 4 rurales. Cuenta con un total de 460 unidades de salud. El personal de dichas unidades es el encargado de operar los programas nacionales de salud pública, así como de otorgar los servicios de salud a la población de su área de influencia, e incluyen: servicios médicos, dentales y de salud mental. Se cuenta con 10 unidades hospitalarias, 4 urbanas - Hospital Metropolitano, Hospital Infantil, Hospital de Gineco-obstetricia y Hospital Psiquiátrico- y 6 rurales -Hospitales de Sabinas Hidalgo, Cerralvo, Montemorelos, Linares, Galeana y Dr. Arroyo- así como 7 centros de especialidades -Dental, Rehabilitación, Salud Mental, VIH/SIDA, Antirrábico, Banco de Sangre y Laboratorio Estatal de Salud Pública, infraestructura que representamos gráficamente en la tabla 21 siguiente:<sup>154</sup>

---

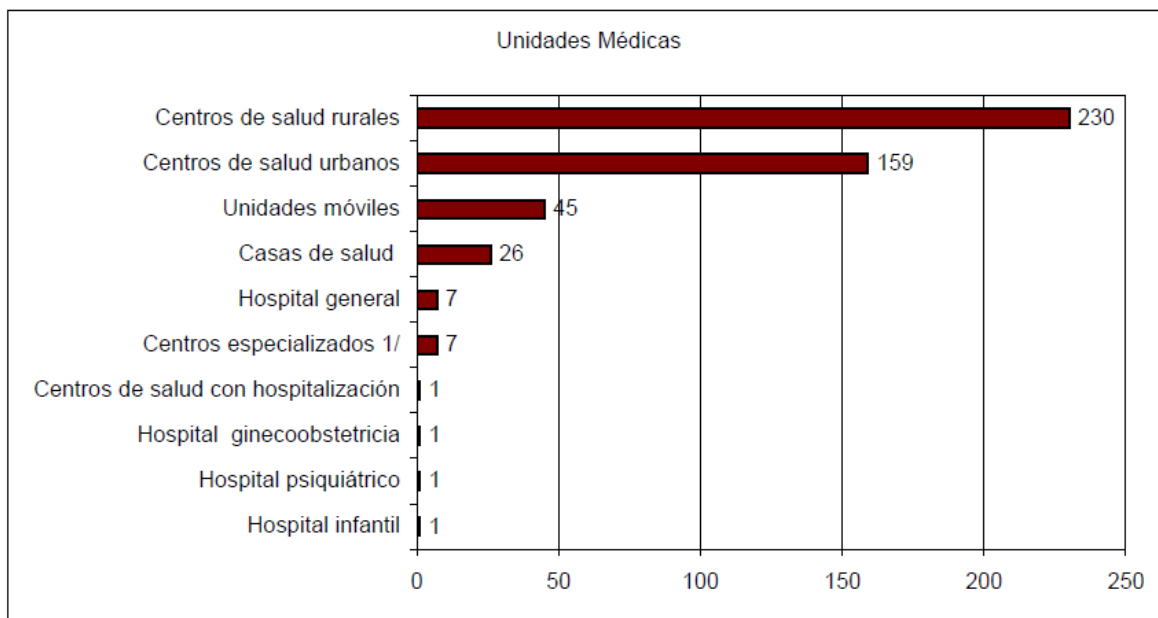
<sup>152</sup> Ibidem. Artículos 26 y 27. Para ubicar territorialmente cada una de las ocho jurisdicciones sanitarias en el Estado. Véase: artículo 27 del Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Nuevo León, publicado en el Periódico oficial del Estado Número 130 de 12 de octubre de 2004.

<sup>153</sup> Datos obtenidos del Programa Estatal de Salud en el Estado de Nuevo León, Período 2004 2009, Véase: [www.nl.gob.mx./pics/pages/,programas\\_sectoriales/dsalud\\_09.pdf](http://www.nl.gob.mx./pics/pages/,programas_sectoriales/dsalud_09.pdf). Consulta marzo de 2010

<sup>154</sup> Idem. Fuente: Dirección de Planeación de la Secretaría de Salud en Nuevo León. México, 2006.

Tabla 21 Infraestructura Hospitalaria en Nuevo León

Tipo de unidades	cantidad
Hospital infantil	1
Hospital psiquiátrico	1
Hospital ginecoobstetricia	1
Centros de salud con hospitalización	1
Centros especializados <sup>1/</sup>	7
Hospital general	7
Casas de salud	26
Unidades móviles	45
Centros de salud urbanos	159
Centros de salud rurales	230
<b>Total</b>	<b>478</b>

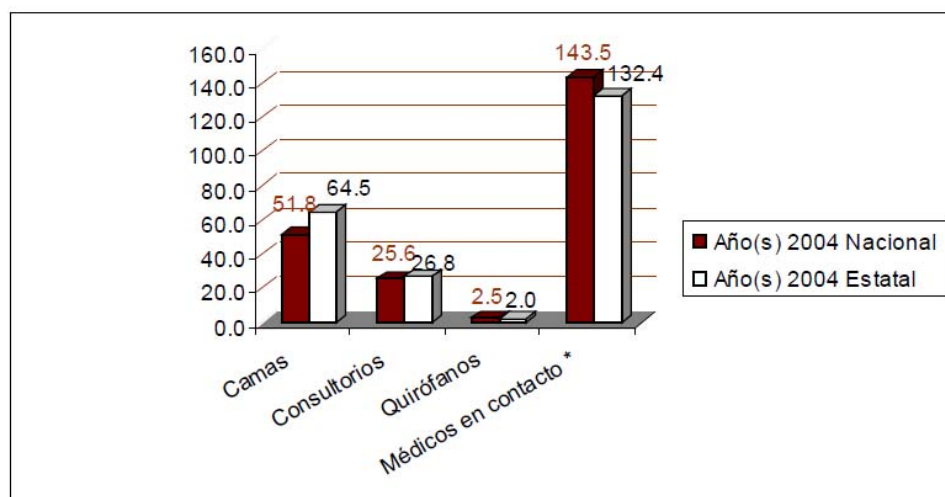
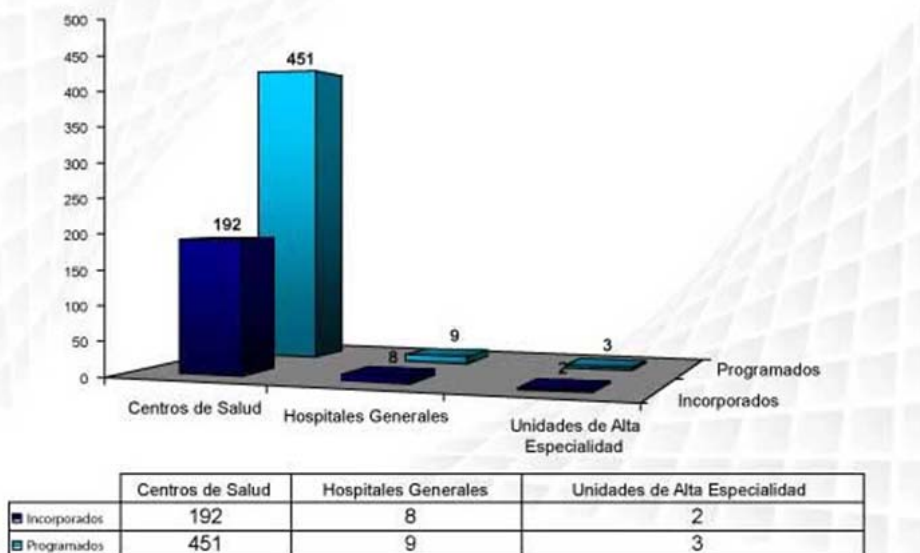


En la tabla 22 siguiente, nos permitimos mostrar la infraestructura hospitalaria y médica, en nuevo León, acreditada para efectos del seguro popular de salud, de acuerdo con el SPSS a 2004.

Tabla 22. Infraestructura hospitalaria Nuevo León SPSS 2004



### Unidades incorporadas al SPSS



\* Excluye a médicos que tienen cargos administrativos.

**Fuente:** La Situación de la Salud, Dirección General de Estadística e Informática, Boletín de Información Estadística No. 24 SINAIS. Secretaría de Salud.



En el Plan Estatal de Salud 2004-2009, observamos el reconocimiento que desde hace más de 20 años, no se han construido hospitales en el área Metropolitana de Monterrey, pertenecientes a los Servicios de Salud de Nuevo León y entre las estrategias se incluyó culminar el Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad. En la tabla 22 anterior, en el cuadro superior podemos observar que sólo los hospitales generales y de alta especialización, se encuentran acreditados para la prestación de los servicios de salud, conforme con el seguro popular y de los centros de salud, sólo existen acreditados, un 50 por ciento, es decir, que el 50 por ciento restante, no se encuentra en condiciones físicas y humanas para la prestación de dicho servicio.

Lo anterior se corrobora con el cuadro inferior de tabla 22, cuyos datos tienen su fuente en la Secretaría del Salud del Estado de Nuevo León, que refiere cifras por cada cien mil habitantes en el nivel nacional y en el estado de Nuevo León. Un ejemplo de ello es que en el nivel nacional existe 1.4 médicos por cada mil habitantes y en el Estado, 1.3 médicos por cada mil habitantes; cifras que son inferiores a las reconocidas por la OCDE.

En el estado, un aspecto importante a destacar en el Plan Estatal de Salud 2004-2009, son las acciones de prevención y control de enfermedades propias de los adultos mayores, entre ellas el diseño y aplicación de un programa de geriatría que brinden atención integral al adulto mayor; la vacunación contra influenza y antineumococo; otorgar tratamiento farmacológico y no farmacológico a adultos mayores sin seguridad social, con diabetes, hipertensión arterial, obesidad, osteoporosis e hiperplasia prostática benigna, refiriendo al segundo nivel, a aquellos pacientes que lo ameriten.<sup>155</sup>

En relación con el SPSS y la afiliación al seguro popular de salud en el estado de Nuevo León, no obstante que ni el sistema ni el seguro popular en su

---

<sup>155</sup> Estas acciones de salud también son contempladas en el seguro popular y son propiamente acciones de salud a la comunidad, es decir, salud pública. No pasamos por alto, que en el estado, en 2003, se creó el CREAM, Centro Regional de Atención al Adulto Mayor, que funciona como un centro de enseñanza para la acreditación de la especialidad de geriatría, depende de la Facultad de Medicina de la UANL.

operatividad y funcionalidad, contemplan acciones tendientes en la prestación de los servicios de salud a la persona, a las personas viejas, con excepción de las referentes a las acciones de vacunación antiinfluenza, antineumococo, detección y tratamiento de hiperplasias prostática y cataratas. En el estado de Nuevo León, los Servicios de Salud –OPD- ha informado que al cierre de 2009, había 223,582 familias afiliadas, lo que significa que 611 mil personas están protegidas por el seguro popular y que además todo el sur del Estado esta cubierto –afiliado- por dicho seguro.<sup>156</sup>

La Secretaría de Salud en el nivel federal, a través del SPSS, en cuanto a la afiliación de familias al seguro popular en el estado, por familias afiliadas por municipio a 2006, informó de un total de 58,453, como lo representamos en la tabla 23 siguiente, en la que sobre sale el Municipio de Dr. Arroyo; de acuerdo con el Informe de Resultados 2008 de la CNPSS, al cierre de 2008, en el estado, se manejo una cifra de 196,323 afiliados.

---

<sup>156</sup> Fuente: Servicios de Salud de Nuevo León. Véase: [http://www.nl.gob.mx/?P=serv\\_salud\\_dir\\_quees](http://www.nl.gob.mx/?P=serv_salud_dir_quees)  
Consulta marzo de 2010

Tabla 23.<sup>157</sup> Nuevo León y municipios, familias afiliadas a seguro popular de salud. 2006

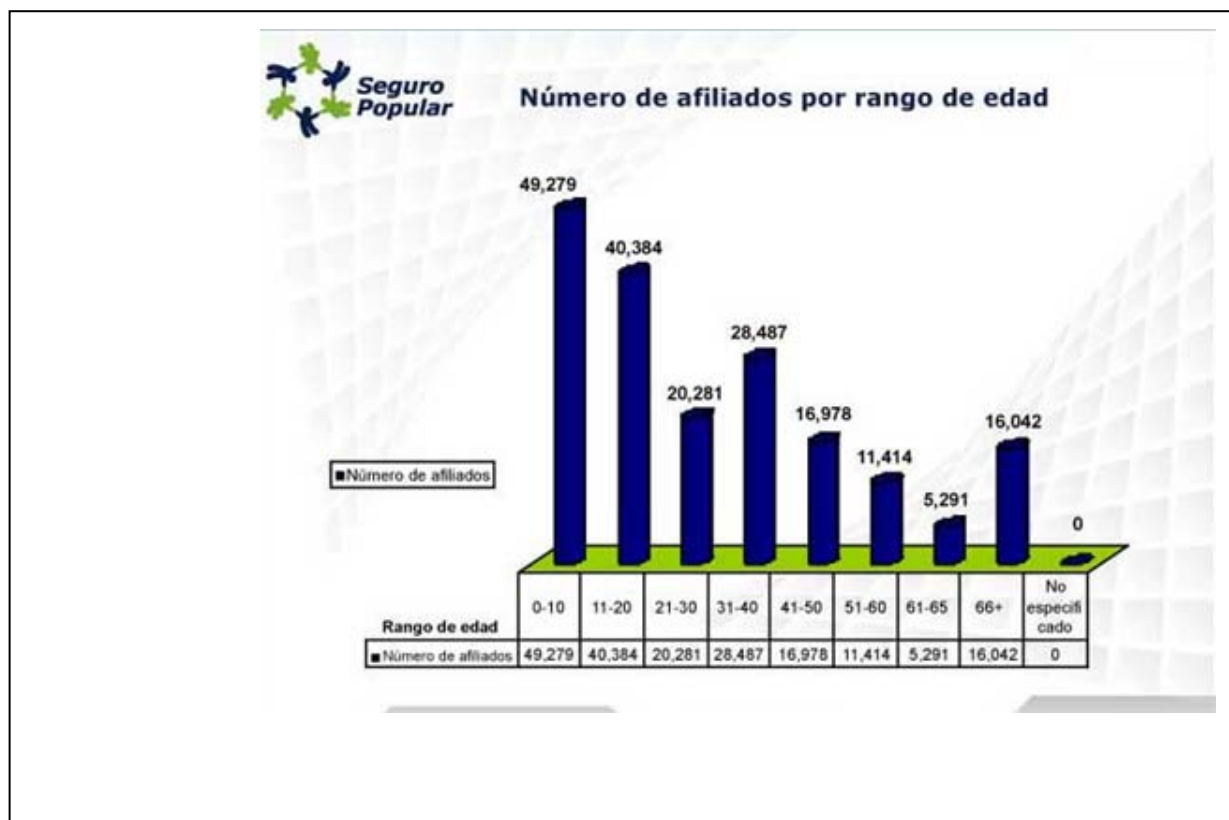
	No. de Familias		No. de Familias
AGUALEGUAS	377	HUALAHUISES	341
ALLENDE	748	ITURBIDE	681
ANAHUAC	948	JUAREZ	1,662
APODACA	1,130	LAMPAZOS DE NARANJO	446
ARAMBERRI	3,752	LINARES	6,036
BUSTAMANTE	185	MELCHOR OCAMPO	53
CADEREYTA JIMENEZ	868	MIER Y NORIEGA	1,715
CARMEN	92	MINA	363
CERRALVO	543	MONTEMORELOS	1,770
CHINA	689	MONTERREY	5,340
DR. ARROYO	7,697	PARAS	121
DR. COSS	1	PESQUERIA	346
GALEANA	7,757	LOS RAMONES	184
GARCIA	684	RAYONES	589
SAN PEDRO GARZA GARCIA	273	SABINAS HIDALGO	1,043
GRAL. BRAVO	164	SALINAS VICTORIA	785
GRAL. ESCOBEDO	1,478	SAN NICOLAS DE LOS GARZA	1,323
GRAL. TERAN	925	HIDALGO	1
GRAL. TREVIÑO	192	SANTA CATARINA	1,359
GRAL. ZARAGOZA	1,310	SANTIAGO	793
GUADALUPE	2,968	VALLICILLO	141
LOS HERRERAS	283	VILLALDAMA	296
HIGUERAS	1		
<b>TOTAL DE FAMILIAS 58,453</b>			

En relación con el seguro popular de salud en el estado, nos interesa el número de personas de 60 años y más que pudieran estar afiliadas al mismo, como miembros de una familia y en la Tabla 24 siguiente, representamos los números que a 2006 la Secretaría de Salud en el nivel federal, a través del SPSS, reportó como afiliados, es decir, en singular por número de personas y no de familias, de manera que sumadas las columnas que comprenden los rangos de edad de 61-65 y 66 y más, nos dan un total de 21,333 personas afiliadas en dichos rangos de edad, cifra que ubicamos entre las 43,591 personas de 60 años y más sin acceso a los servicios de salud, que obtuvimos en el área metropolitana de Monterrey, de manera que podemos concluir, que del total de este grupo de personas viejas, sólo el 50 por

<sup>157</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, seguro popular de salud*. Véase: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/cobertura.php>. Consulta marzo de 2010

ciento se encontraba afiliado al seguro popular de salud y el 50 por ciento restante continua sin afiliación y sin acceso a la atención médica de los servicios de salud a la persona.

Tabla 24.<sup>158</sup>



Nos referiremos a continuación, a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Nuevo León.<sup>159</sup> y podemos afirmar, que es una ley casi idéntica a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del orden federal,<sup>160</sup> por lo que sólo observaremos algunas diferencias que comprende la Ley en el estado de Nuevo León, una de ellas, se refiere a la clasificación del estado físico en que puede encontrarse la persona y distingue entre: independientes, semi dependientes, dependientes absolutos, en situación de riesgo o desamparo y los

<sup>158</sup> Fuente: Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, Seguro Popular de Salud*: Véase:[http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/cobertura\\_popup.php?estado=nuevoleon&id=6](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/cobertura_popup.php?estado=nuevoleon&id=6). Consulta 10 de marzo de 2010

<sup>159</sup> Publicada en Periódico Oficial del Estado Número 3 de 7 de Enero de 2005

<sup>160</sup> Publicada en el DOF de 25 de junio 2002, durante la administración de gobierno de Vicente Fox.

pensionados por esquemas de seguridad social. Entre los derechos destacamos el de la salud, consistente en el acceso *preferente* a los servicios de salud, entre ellos el acceso preferente a la atención médica y se entiende por ésta: el conjunto de servicios integrales para la prevención, tratamiento, curación y rehabilitación, dirigidos a promover, restaurar y proteger la salud de los adultos mayores; así como el derecho a la alimentación.

Asimismo, la ley previó, que el órgano rector y responsable de las acciones y programas sociales que emanaran de ella, sería el Consejo de Desarrollo Social,<sup>161</sup> un equivalente al INAPAM; también la constitución de un Comité Técnico –estatal– para la atención de los Adultos Mayores, como un órgano de consulta, asesoría y evaluación de acciones para promover la integración y desarrollo de las personas adultas mayores y la atención a sus necesidades básicas.

Entre las dependencias involucradas en el cumplimiento de los derechos derivados de esta ley, están la Secretaría de Salud, a quien corresponde garantizar el acceso a la atención médica en las clínicas y hospitales públicos o *privados* de manera preferente a quienes se encuentren en condiciones de pobreza o vulnerabilidad; expedir la cartilla médica de auto cuidado; proporcionar medicamentos en coordinación con el DIF; dar seguimiento al otorgamiento de un apoyo económico o en especie en los casos de fallecimiento, que permita sufragar gastos de sepelio.

Al DIF estatal, en términos generales le corresponde proporcionar en forma gratuita orientación y asesoría jurídica en cuestiones relacionados con el patrimonio, alimentos y testamentos; brindar asistencia social de manera preferente a los adultos mayores en desamparo o en riesgo; establecer albergues para quienes carecen de familia e implementar acciones para garantizar la cobertura alimentaria.

---

<sup>161</sup> El Consejo de Desarrollo Social era un OPD que pertenecía a la administración pública paraestatal y que a raíz de las modificaciones a la Ley Orgánica del Administración Pública en el estado de Nuevo León, publicadas en el Periódico Oficial del Estado de 2 de octubre de 2009, dicho organismo se extinguió legalmente y las funciones y la estructura del mismo fueron sustituidas por la actual Secretaría de Desarrollo Social, en la administración de gobierno 2009-2015.

En la estructura orgánica el DIF cuenta con la Procuraduría de la Defensa del Adulto Mayor,<sup>162</sup> como órgano desconcentrado de dicho OPD, cuyo objetivo principal es brindar orientación, asesoría legal, psicológica, social, y defensa en materia penal, de manera gratuita a las personas adultas mayores.

Esta ley permitió la formalización legal del Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor, aplicable a las personas de 70 años o más, que vivan en condiciones de pobreza o vulnerabilidad, mismo que se sujetaría a la expedición de reglas de operación correspondientes en forma anual y con cargo al gasto público del presupuesto de egresos de la entidad. Este programa lo coordinó y operó el entonces *Consejo de Desarrollo Social*, durante el 2004, sólo como un programa o política social del gobierno del estado y a partir de 2005, a la entrada en vigor de esta ley, como un derecho focalizado a las personas de 70 años o más. De manera que a partir de 2009, corresponderá a la actual Secretaría de Desarrollo Social en el estado el cumplimiento de este derecho.

En 2006 el Consejo de Desarrollo Social, conjuntamente con la participación de maestros e investigadores universitarios elaboró un texto denominado *Programa de Atención del Adulto Mayor*,<sup>163</sup> en el que se realizó un análisis del fenómeno del envejecimiento en la población del estado, como un reto de la política social; una memoria del diseño y operación del Programa de Apoyo directo al Adulto Mayor y una evaluación sobre la percepción de bienestar de los beneficiarios del programa, de cuyas conclusiones advertimos, que el apoyo económico es destinado de manera esencial a la adquisición de alimentos por los beneficiarios .

En junio de 2005,<sup>164</sup> se publicó el Acuerdo en el que se establecieron las reglas de operación del Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor, en el mismo se precisaron como sujetos beneficiarios a los Adultos Mayores de 70 años o más, residentes en el Estado de Nuevo León, que no recibieran una pensión ni apoyos de

---

<sup>162</sup> La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en Nuevo León, seis meses después de su expedición en enero de 2005, fue reformada y se le adicionó el Capítulo Noveno, relativo a la creación de la Procuraduría de la Defensa del Adulto Mayor en el Estado, reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado de 27 de julio de 2005

<sup>163</sup> Consejo de Desarrollo Social. *Programa de Atención al Adulto Mayor, el fenómeno del envejecimiento de la población en el estado de Nuevo León; Un reto de la política social*. Cuadernos del Consejo de Desarrollo Social, Monterrey, 2006.

<sup>164</sup> Periódico Oficial del Estado de 17 de junio de 2005

gobiernos locales o extranjeros, el apoyo consistió en la entrega mensual de la cantidad de \$500 que podía ser entregado mediante remesa bancaria a través de una tarjeta bancaria en el área metropolitana o de un vale-papel en el área rural que podría ser canjeado en los negocios autorizados para tal efecto. Este monto mensual se mantuvo desde su inicio en 2004 hasta finales de 2009, al cierre del semestre de 2009, el *Consejo de Desarrollo Social* en relación con este programa, los beneficiarios y el presupuesto autorizado para cumplimiento del mismo informó: que el programa tenía cobertura en los 51 municipios del estado; en 1,070 comunidades rurales y contaba con 150 sedes de entrega de tarjeta y vale-papel. El número de personas beneficiarias de 2004 a 2009 fueron 51,500 y el presupuesto autorizado en el mismo período, fue por un total de \$1,460 800 millones de pesos.<sup>165</sup>

En la actual administración de gobierno del estado para el período 2009-2015,<sup>166</sup> se emitieron las reglas de operación de este programa de apoyo directo a adultos mayores de 70 años o más, y se señaló que la instancia ejecutora de dicho programa será la Secretaría de Desarrollo Social en el Estado y el apoyo económico, se ampliaría a \$700 pesos mensuales que derivarán del gasto público del estado.

Consideramos oportuno, referirnos a dos recientes trabajos de investigación relacionados con la protección social en salud de personas de 60 años o más, realizados en el área metropolitana de Monterrey. Uno de ellos se titula: *Factores de riesgo de exclusión social determinantes de la calidad de vida del adulto mayor del área metropolitana de Monterrey*,<sup>167</sup> en el la autora determinó el tamaño de la muestra de la población total de adultos de 60 años a más, de acuerdo con las cifras del II Censo de Población y Vivienda,<sup>168</sup> con una población total en el área metropolitana de 260,253 personas, aplicada a 400 personas con distinción de género; realizada en el 2008. Entre los instrumentos utilizados para medir variables en el estudio, contempló en el ámbito de la salud, la percepción del adulto mayor

---

<sup>165</sup> Véase: [www.nl.gob.mx/apoyoadultosmayores](http://www.nl.gob.mx/apoyoadultosmayores). Administración de gobierno 2003 2009. Consejo de Desarrollo Social en el Estado de Nuevo León. Consulta marzo 2010

<sup>166</sup> Publicadas en el Periódico Oficial del Estado de 29 de enero de 2010

<sup>167</sup> Moreno Monsiváis, María Guadalupe. *Factores de riesgo de exclusión social determinantes de la calidad de vida del adulto mayor del área metropolitana de Monterrey*, UANL, Facpya, México 2009

<sup>168</sup> INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005, México. Documento cuyo marco conceptual, metodológico y estadístico, también tomamos como base en este trabajo. El grupo de personas de 60 años y más al 2008 entraron al grupo de población por rango de edad de 70 y más años.

acerca del estado de salud físico y mental y el acceso a los servicios de salud públicos y privados. En este ámbito la mayoría de los participantes encuestados, reportó acceso a la seguridad social como derechohabientes del IMSS e ISSSTE en un 85.30 por ciento; un 5.50 por ciento, a la Secretaría de Salud; un 2.00 por ciento, al seguro popular de salud; un 5.30 por ciento, al servicio privado o particular y el 2.10 por ciento restante, a otros servicios médicos municipales o de la UANL.

Asimismo, que una mayor proporción de adultos mayores masculinos tiene cobertura de servicios de salud por afiliación directa y las mujeres cuentan con cobertura por ser beneficiarias del esposo o de hijos. Otro dato, es que las tres cuartas partes de los encuestados, 336 personas, que representan un 84 por ciento, han requerido consulta médica en los últimos doce meses y los principales problemas de salud que los afectan son hipertensión arterial y diabetes mellitus. Respecto de la percepción de salud, se observó que los hombres perciben mejor salud en un 71 por ciento de los encuestados, respecto de las mujeres, en un 61.7 por ciento

En términos generales de este trabajo de investigación, podemos inferir, que la mayoría de las personas encuestadas -85.3 por ciento- tienen acceso a la atención médica de los servicios de salud en el ámbito de la seguridad social formal, es decir, primer y segundo subsistema de protección en el nivel contributivo; que el porcentaje de personas que accede a lo que llamamos tercer subsistema de protección social en salud, es decir, servicios de salud a población abierta, entre ellos el seguro popular de salud, no rebasa el 8 por ciento. Ello nos permite afirmar, que en la muestra no es lo mismo el proceso de afiliarse al SPS, que tener acceso efectivo a la atención médica y que el grupo de personas encuestadas un 84 por ciento, han requerido de atención médica. También advertimos la insuficiencia en la prestación del servicio de salud de atención médica a la persona, con énfasis en el SPSS, a través del seguro popular de salud, por los resultados y porcentajes obtenidos en la encuesta.

Persistimos en nuestra postura crítica y nos preguntamos si el primer y segundo subsistemas de protección de la de seguridad social en el nivel contributivo y el tercer subsistema de protección social en salud, en las condiciones de



insuficiencia en la infraestructura hospitalaria y médica instalada y a la cual ya nos hemos referido para el caso específico de Nuevo León, pueden brindar el acceso efectivo o real de la atención médica de los servicios de salud, que requieren las personas viejas, cuyo esquema de salud se caracteriza por enfermedades crónico degenerativas que demandan cuidados y atención especializada y que resultan bastante costosos.

El otro trabajo de investigación, cuya encuesta sólo fue aplicada en la ciudad de Monterrey, de septiembre de 2003 a mayo de 2004, enfocado a la ausencia o carencia de recursos económicos que permitan la subsistencia, es un estudio descriptivo y analítico, cuya población objetivo fueron las personas de 60 años y más, con distinción de género, aplicada a 98 personas, titulado: *Los viejos en la calle: en busca del sustento económico en la ciudad de Monterrey Nuevo León*,<sup>169</sup> cuyo objetivo fue conocer lo que los viejos hacen en las calles y por qué. La hipótesis comprobada: *los viejos en la calle salen a buscar ingresos porque carecen de ellos*.

Entre los resultados obtenidos en dicho trabajo de investigación, se obtuvo que 81 son género masculino y 17 femenino; 82 desarrollan actividades en la vía pública que les proporcionan ingresos en promedio diario de \$20.00 y 16 pasaban el tiempo en una plaza. Un hallazgo importante, de las 98 personas, sólo 28 eran originarias del Estado, el resto residente, procedían de diferentes partes del país; el motivo esencial de que por qué están en las calles o en la vía pública, es porque salen a buscar ingresos ya que carecen de ellos y no tienen pensiones.

*F. Evidencia de la fragmentación y dispersión en las relaciones de coordinación entre órdenes federal y local. Como evidenciamos la fragmentación en las relaciones de coordinación intra e interinstitucionales, en los ámbitos del gobierno federal y local, para la prestación de los servicios de salud a la persona, consistentes en el acceso a la atención médica*

---

<sup>169</sup> Martínez Neira Dalia. *Los viejos en la calle: en busca del sustento económico en la ciudad de Monterrey Nuevo León*. Estudio empírico para obtener el grado de Master Universitario en Gerontología Social Aplicada en la Universidad de Barcelona, Monterrey. 2005.

Del análisis que precede en este capítulo, podemos inferir que las reformas a la Ley general de Salud, mediante la cuales se implementó el SPSS y el seguro popular de salud como brazo operativo de dicho sistema, atendieron más a aspectos económicos: como la reducción del gasto de bolsillo, la corresponsabilidad y distribución en el financiamiento de los servicios de salud, al hacer partícipes a las entidades federativas y familias o personas beneficiarias en dicho financiamiento.

Que las acciones de salud a la población en general y al grupo creciente de las personas viejas en particular, apreciamos que el seguro popular de salud se focaliza a niños, mujeres y tratamientos antirretrovirales de VIH SIDA, a través del Seguro Médico para una Nueva Generación, el programa de Embarazo Saludable, y sólo de manera excepcional, algunas acciones de salud hacia las personas viejas, como la vacunas antiinfluenza, toxoide tetánico, antineumococo y prevención y diagnóstico de cataratas e hiperplasias prostáticas.

Lo anterior, no obstante que este grupo creciente de personas viejas, expuesta a padecimientos crónicos e incapacidades, que requieren un mayor costo de atención y de una infraestructura de servicios de salud, que en actualidad no está disponible.<sup>170</sup> Asimismo, en el área de la salud, las instituciones de seguridad social comprendieron no sólo el aseguramiento de servicios de salud, también la organización, administración, operación y otorgamiento de servicios de salud en distintos niveles de atención, creándose grandes nosocomios y una extensa red de servicios, que a final del siglo XX, resultó altamente compleja de administrar y sumamente cara, e insuficiente para la demanda y con serios problemas de abasto y oportunidad para la atención.<sup>171</sup>

Que el SNS ha crecido en forma fragmentada y desarticulada, con serias desigualdades en las diferentes regiones del país, grandes rezagos en los servicios en las áreas rurales, con una red de servicios instalada en duplicidad con las unidades de salud de la seguridad social; duplicidad que se intensificó al

---

<sup>170</sup> Urbina Fuentes, Manuel, et al. *La experiencia mexicana en la salud pública, oportunidad y rumbo para el tercer milenio, Rezagos y Desafíos*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006, pp. 678-680

<sup>171</sup> El crecimiento de hospitales de alta especialidad y de subespecialización, se conoce como *hospitalocentrismo*. Véase: OMS. *La atención primaria de salud, informes sobre la salud en el mundo*. 2008.

incorporarse el actual IMSS Oportunidades, como un prestador de servicios de salud a través del seguro popular a la población abierta, y los más grave, la instalación de dos o más servicios de salud de diferentes instituciones en una misma localidad.<sup>172</sup>

No dudamos que en ello han incidido las características geodemográficas de nuestro país, la dispersión de las poblaciones, las diferencias entre las entidades federativas y las condiciones de comunicación y transporte, que explican la dinámica de desagregación de los servicios de salud en sus distintos niveles.

Coincidimos con Urbina Fuentes,<sup>173</sup> en que la reforma del sector salud, debiera dirigirse a la unificación de los servicios de salud en una sola administración y la separación de funciones esenciales de salud pública entre las instituciones del sector, así como separación de la operación y funcionamiento de otras prestaciones como las relacionadas con el pago de pensiones; procurando evitar duplicidades administrativas y otorgar la prestación de los servicios de salud a los gobiernos estatales y municipales. Si bien ello fue atendido por la reforma legal, a través del SPPS, no advertimos una descentralización real de atribuciones hacia las entidades federativas o municipios; prueba de ello, lo observamos en la operación y funcionamiento de los fondos constituidos para la prestación de los servicios de salud a la persona, como el fondo de previsión presupuestal y fondo de protección para gastos catastróficos, que son operados desde el nivel central por el COPSS y la CNPSS, a través de un fideicomiso público constituido por el ejecutivo federal.<sup>174</sup>

En relación con el FPGC,<sup>175</sup> que es el fondo más importante por el volumen de recursos que maneja, en el rubro relativo a operación de fideicomisos, encontramos que en casi todas las entidades federativas se identificaron problemas en cuanto a conocimiento, operación y de relación de coordinación en las unidades que intervienen en la implementación del sistema de protección social en salud y el

---

<sup>172</sup> Ibidem. pp. 685- 686

<sup>173</sup> Ibidem. p. 686. Esta propuesta de separación de funciones entre el seguro de salud y otras prestaciones como el pago de pensiones, fue realizada también por FUNSALUD. Véase: FUNSALUD. *La Salud en México 2006/2012, visión FUNSALUD*. Notas 68 y 69 supra.

<sup>174</sup> Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud. Artículos 96 y 108, publicado en el DOF de 5 de abril de 2004.

<sup>175</sup> Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007, INSP, Resumen Ejecutivo 2008. Véase: [www.insp.mx](http://www.insp.mx) Consulta marzo de 2010. Que nos merece mayor credibilidad primero por ser externa, aún cuando se trate de un instituto nacional que forma parte del SNS, y por otra parte dicho instituto posee seriedad y amplia experiencia en la investigación en salud en México.

seguro popular de salud; es decir, en las relaciones intra los sistemas estatales de salud y la coordinación de sus REPSS, a quienes se limita la intervención en el fondo de previsión presupuestal para el otorgamiento de acciones de salud previstas en el CAUSES, así como entre los sistemas estatales de salud y la CNPSS.

Los problemas identificados consistieron en: dificultades en el proceso de acreditación de unidades médicas, insuficiencia de recursos para acreditar unidades médicas, falta de sencillez en el proceso de solicitud de fondos, retraso en la validación y notificación de casos a cubrir con este fondo y falta de oportunidad en la transferencia de recursos por parte de la CNPSS.

Asimismo, de la evaluación realizada por el INSP,<sup>176</sup> respecto del FPGC, se obtuvo que las intervenciones priorizadas por dicho fondo, se dirigen a la compra de antirretrovirales para las personas con VIH SIDA, que en 2007, representó el 38.4 por ciento del fondo; infraestructura hospitalaria en el mismo año, un 23.1 por ciento y compra de vacunas que decreció en 2007 para representar un 8.3 por ciento, cuando en 2005 y 2006, representó respectivamente 14.1 y 24.2 por ciento; que la mayor cobertura del fondo correspondió a cataratas, cáncer de cuello uterino y malformaciones congénitas que concentraron el 84.1, 43.8 y 20.3 por ciento, respectivamente.

Sin que olvidemos que en relación con las intervenciones médicas consistentes en cirugía de cataratas, cubierta en la categoría *Rehabilitación a largo plazo*, la SS recibió una donación de 4.1 millones de dólares estadounidenses por la Fundación Gonzalo Río Arronte A.C.,<sup>177</sup> que permitiría incluir en la cobertura del SPSS al grupo de adultos mayores de 60 años en todo el país; de la evaluación que referimos, se desprende que el destino de los recursos del FPGC entre 2006 y 2007 para cataratas, se destinó en total la cantidad de \$59,691.30, que representó un 0.9 por ciento de los recursos del fondo.

---

<sup>176</sup> Idem

<sup>177</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica,, México, 2006, p.58

Otro aspecto relevante que obtenemos de la evaluación que referimos,<sup>178</sup> lo relacionamos con la fragmentación en las relaciones de coordinación o descoordinación entre los órganos centrales o federales COPSS y CNPSS y gobiernos de las entidades federativas y con la insuficiencia de la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria, médica y de abasto de medicamento, en relación con el seguro popular de salud y la coordinación de la prestación de los servicios de atención médica, que recae legal y materialmente en los sistemas estatales de salud y sus REPSS, en relación con la celebración de acuerdos de gestión o contratos con prestadores de servicios de salud públicos o privados y cumplimiento de pago de dichos servicios, ante la carencia de la descentralización de atribuciones en la operación y destino de los fondos FPCG Y FPP.

En relación con la conformación jurídica, operativa y funcional de los REPSS, advertimos que tienen distinta naturaleza jurídica y por ende, varía el grado de autonomía técnica y administrativa en cada uno de ellos, lo que pudiera incidir en la prestación de acceso efectivo a la atención médica de los servicios de salud a la persona. Un primer grupo contempla a los REPSS como organismos públicos descentralizados,<sup>179</sup> en ellos se obtuvo, que el personal de los REPSS desconoce aspectos generales de la operación del SPSS, como los relativos a la compra de servicios, seguimiento, verificación y evaluación de los acuerdos de gestión entre los prestadores de los servicios de salud de atención médica. Un segundo grupo,<sup>180</sup> en el que los REPSS son órganos desconcentrados en los Sistemas Estatales de Salud y en los que se observó una mayor capacidad de gestión con los prestadores de servicios de salud públicos o privados, que conforman la red de prestadores de servicios. Y un tercer grupo, donde se ubican las dieciocho entidades federativas restantes, en las que los REPSS son órganos o direcciones estructurales del Sistema Estatal de Salud, dependientes directamente del secretario de salud en la entidad

---

<sup>178</sup> Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007, INSP, Resumen Ejecutivo 2008, Véase: [www.insp.mx](http://www.insp.mx). Consulta marzo de 2010.

<sup>179</sup> Idem. Se refiere a los Estados de Baja California, Baja California Sur, Michoacán y Chihuahua en ellos se revela falta de definición de responsabilidades entre el REPSSS, SESA y prestadores de servicios de red pública.

<sup>180</sup> Idem, se refiere a los REPSS como órganos desconcentrados dependientes estructuralmente de la secretaría de salud estatal o de los servicios de salud estatales como OPD, en los Estados Aguascalientes, DF, Durango, Querétaro, Jalisco, N.L., Tamaulipas, Tabasco, Yucatán y Zacatecas.

federativa; en ellos no se observó con claridad el desarrollo de sus capacidades gerenciales para la celebración de acuerdos de gestión o contratos privados, con los prestadores públicos o privados, que conforman la red de prestadores de servicios de salud.

Otros problemas recurrentes en todas las entidades federativas, es la demora en el pago a los prestadores de servicios por parte de los REPSS, lo que afecta el funcionamiento y la disponibilidad de insumos tanto en las unidades médicas como en los hospitales, así como la lentitud, rigidez y burocracia en los procesos de licitación y contratación, pues de las 32 entidades federativas, el 60 por ciento de ellas; es decir, 20 entidades federativas, celebran acuerdos de gestión con proveedores públicos -IMSS, ISSSTE- y contratos con prestadores privados para servicios de diagnóstico –laboratorio clínico, imágenes diagnósticas- y el surtimiento de medicamentos; y sólo el 34 por ciento; es decir, 11 entidades federativas, celebran acuerdos de gestión con prestadores o proveedores públicos de servicios de salud. En cuanto a la distribución y abasto de medicamentos, en su mayoría se admitieron problemas de insuficiencia en el abasto de medicamentos en las unidades de primer y segundo nivel de atención, por incidencias en la planeación y procesos de licitación.

En relación con la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica, mediante la cual se presta la atención médica de los servicios de salud a la persona, a través del seguro popular de salud, la constante en la celebración de acuerdos de gestión con proveedores públicos de servicios y la celebración de contratos con proveedores o prestadores privados, denota de manera clara, la insuficiencia en dicha capacidad por parte de las unidades médicas, hospitalarias y personal médico con que se cuenta en los sistemas estatales de salud. Además, como la admitió la SS,<sup>181</sup> en el país se dispone de 1.4 médicos totales por mil habitantes y 1.96 enfermeras por mil habitantes y 1.1 hospitales públicos, por cien mil habitantes, lo que sitúa a México, por debajo de la media reconocida por la OCDE, que es de 3.1 médicos y 9.6 enfermeras por cada mil habitantes, respectivamente.

---

<sup>181</sup> Secretaría de Salud. *Rendición de Cuentas en Salud. 2008. p.94.* Véase. [www.salud.gob.mx/doc.cuentasensalud.2008](http://www.salud.gob.mx/doc.cuentasensalud.2008). Consulta marzo de 2010.

Con el panorama descrito, podemos concluir que, por hoy, el grupo de personas viejas, no son para el SPSS y el seguro popular de salud, como tercer subsistema de la protección social, un grupo prioritario a quienes se dirijan acciones específicas de atención médica efectiva, con excepción de las mencionadas, y no obstante los apoyos económicos otorgados en virtud de los programas federales que hemos referido y que tienen enfoque a la pobreza alimentaria de las personas de 70 años y más. Por lo tanto, teórica y empíricamente, persiste la insuficiencia en la protección social de la salud de este grupo de personas; y todas las bondades que pudiera implicar la reforma legal a la LGS en este aspecto, aún no se han materializado, mediante el acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona.

En nuestro siguiente capítulo, abordaremos la demostración de la hipótesis planteada, en cada una de sus dimensiones, que vinculamos la primera, con el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y la segunda dimensión, con el tercer subsistema de protección social en salud. Lo que realizaremos en forma deductiva, primero en el nivel nacional, por entidad federativa y por municipio; y después en forma específica, en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, Nuevo León.

CAPÍTULO III  
MARCO EMPÍRICO  
DEMOSTRACIÓN DE LA INSUFICIENCIA EN  
LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ



### A. *Nociones previas*

En el capítulo I anterior, hemos analizado en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, la existencia de los factores normativos e institucionales, que por su heterogeneidad y desarticulación, inciden en la insuficiencia de la protección social de la salud, en el acceso efectivo a la atención médica, como prestación en especie y de las prestaciones en dinero, como los montos mínimos e insuficientes de la pensiones.

También, precisamos el número de personas que tienen protección, así como los porcentajes generales de personas con derechohabencia de esta naturaleza, incluido el grupo de personas de 60 años y más en el nivel nacional, como asegurados directos o beneficiarios en ambos subsistemas; asimismo, referimos los datos relacionados con la insuficiencia en la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica, en estos dos subsistemas. Lo que vinculamos con la primera dimensión de la hipótesis planteada.

En el capítulo II anterior, nos referimos a la insuficiencia en la protección social de la vejez, en el subsistema de protección social en salud, por la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y relaciones de coordinación entre órdenes de gobierno federal y local, para el acceso efectivo a la atención médica en los servicios públicos de salud a la persona. Determinamos el grupo de la población abierta;<sup>1</sup> es

---

<sup>1</sup> El término población abierta, se sustituyó a partir de la reforma a la Ley General de Salud en 2003, por el término *población socialmente protegida*, Fuente: Secretaría de Salud, Plan Maestro en

decir, las personas, sin acceso a la seguridad social ni a los servicios de salud de atención médica a la persona, como derechohabientes del primer y segundo subsistema de protección; población a quien se dirige SPSS a través del seguro popular de salud, que se implementó mediante la reforma a la Ley General del Salud en 2003, y que denominamos como tercer subsistema de protección social en salud y vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada.

Evidenciamos en los tres subsistema, en el nivel nacional, la insuficiencia en la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica, mediante el análisis de dicha infraestructura, en relación con la existencia previa a 1999 y posterior a 2003, que se destina para la prestación de servicios de salud a la persona, consistente en la atención médica. Insuficiencia, que desde nuestra perspectiva, incide en la insuficiencia de la protección social de las personas viejas.

Asimismo, nos referimos a las personas o grupos de personas, que conforman la población abierta en general y en particular al grupo de personas de 60 años y más, y la escasez de programas específicos y prioritarios en salud, dirigidos a este grupo de personas. También, precisamos en el nivel nacional, por región y entidad federativa, las áreas metropolitanas donde se ubican mayores concentraciones del grupo de personas de 60 años y más, como el Distrito Federal y Monterrey, Nuevo León.

Además, como el tercer subsistema, no prevé el otorgamiento de prestaciones en dinero, como las pensiones derivadas del primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, y por ello consideramos importante referirnos a los programas federales y de las entidades federativas de Nuevo León y el DF, que se dirigen a los adultos mayores y los de 70 y más, a través del programa Oportunidades y su componente el programa de 70 y más, que tienen un enfoque de combate a la pobreza alimentaria y de naturaleza de asistencia social; sin olvidar, que la asistencia social, es una categoría o tipo de servicio público de salud, en los términos de la Ley General de Salud.

En este capítulo III, mostraremos datos y estadísticas en el nivel nacional, por entidad federativa y por municipio, en los que destacamos la población o personas derechohabientes en el primer y segundo subsistema. Mediante mapas geográficos, determinamos, la presencia o instalación de las instituciones de seguridad social en el país. De manera específica, lo haremos en cuanto a la población o personas sin derechohabiencia o población abierta, a quien se dirige el SPSS a través del seguro popular, a través de la presencia o instalaciones del sector público en salud, sea federal o estatal; y entre esta población, las personas de 60 años y más, sin acceso a los servicios públicos de salud de atención médica.

Mediante un análisis cuantitativo, resaltamos el fenómeno del envejecimiento de la población, el crecimiento del grupo de personas de 60 años y más y evidenciamos la insuficiencia en la protección social de la salud de este grupo. Primero, por la fragmentación y dispersión en las relaciones de coordinación intra e interinstitucional, entre los órdenes de gobierno federal y estatal en las prestación de servicios públicos de salud a la persona, en cuanto al acceso efectivo de la atención médica; además por la insuficiencia de programas específicos en salud a la persona, dirigidos a las personas viejas; y también por la insuficiencia de la capacidad de infraestructura hospitalaria y médica instalada, para proporcionar el acceso efectivo de la atención médica.

Asimismo, mostraremos en el nivel municipal, por región y por municipio, la insuficiencia en la protección social de la vejez, en los tres subsistemas de protección, y en forma específica, mediante el trabajo de campo realizado en el municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León, que contiene un análisis cuantitativo y cualitativo, no sólo del crecimiento del grupo de personas de 60 años y más, también los resultados y hallazgos con motivo de dicho trabajo, en el grupo de personas de 65 años y más; el acceso a los servicios de salud de atención médica por parte de este grupo específico; la presencia o instalación de la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica, de las instituciones públicas que proporcionan estos servicios públicos de salud, para concluir, que la protección social en salud de la vejez o de las personas viejas, en nuestro país es insuficiente, así como

insuficiente es la protección social de las personas viejas que viven en la cabecera municipal de Dr. Arroyo.

*B. Descripción de instrumentos, procedimiento y selección para la comprobación*

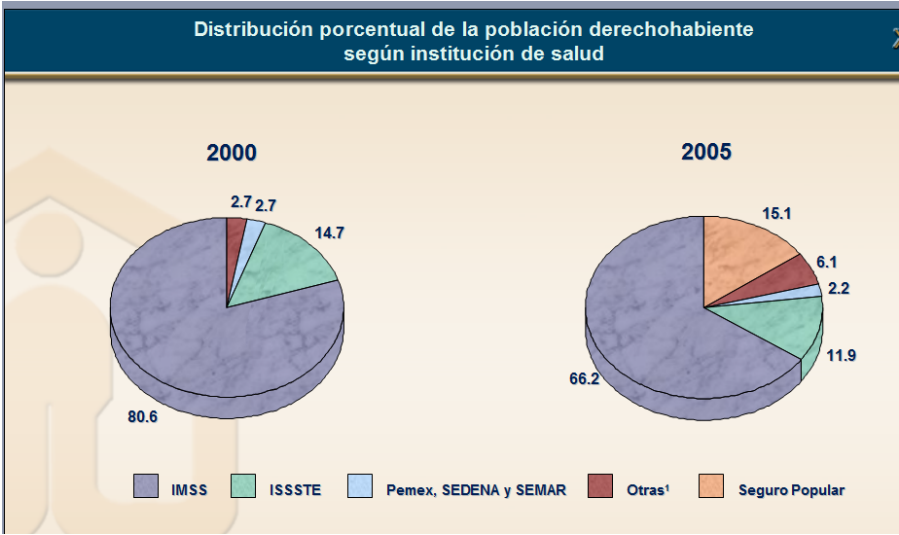
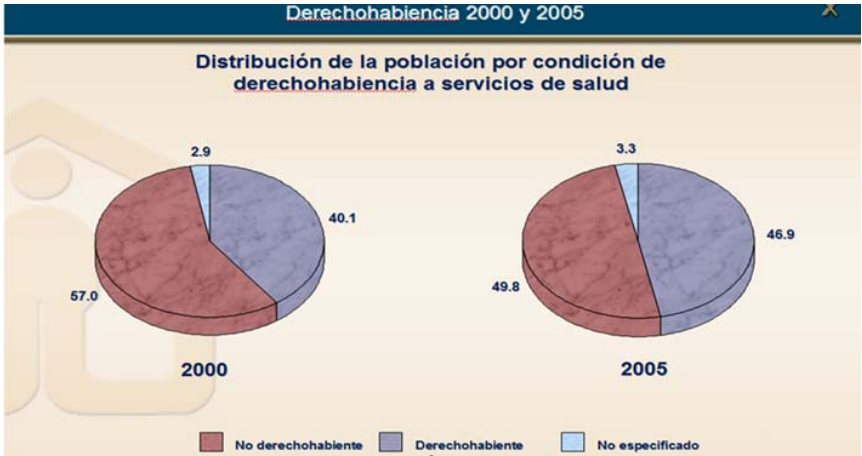
1. En relación con el acceso efectivo a la atención médica en los tres subsistemas de protección, en el nivel nacional, regional y local. Mediante estadísticas en el nivel nacional, por entidad federativa y municipio, que muestran las áreas urbanas con mayores concentraciones de población en general y del grupo de personas de 60 años y más, que cuentan con protección en el primer y segundo subsistema de la seguridad social en el nivel contributivo, por lo tanto se consideran como personas con derechohabiencia a los servicios de salud en estos dos subsistemas de la seguridad social; asimismo, la población abierta o personas con o sin acceso a la atención médica de los servicios de salud a la persona, en el tercer subsistema de protección social en salud, constituido por el SPSS, por afiliación al seguro popular de salud.

Para dimensionar el fenómeno del envejecimiento de la población en el nivel nacional, por entidad federativa y por municipio, así como las personas con derechohabiencia a la seguridad social y las personas sin acceso a los servicios de salud, entre ellas el grupo de 60 años y más, y las mayores concentraciones de este grupo de personas en las áreas urbanas, con apoyo y asesoría de funcionarios del INEGI Nuevo León, hemos utilizado el II Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2005, conforme con el cual la población total en el país fue de 103,263 388 personas, de las cuales cuentan con derechohabiencia a los servicios de salud de atención médica en la seguridad social en el nivel contributivo, 48,452 418 personas, y sin derechohabiencia o sin acceso a los servicios públicos de salud de atención médica, 51,402 597 personas, con 3,408 373 personas sin especificación, es decir, que no se ubicaban ni en los subsistemas de la seguridad social en el nivel contributivo, ni en el rubro de población abierta. Estas cifras numéricas, las presentamos en porcentajes, en la tabla 1 siguiente:<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Fuente: INEGI, II Censo de Población y Vivienda. 2005. México.

Tabla 1 Distribución de la población por condición de derechohabiencia a servicios de salud en el nivel nacional en 2000 y 2005 y por institución de salud



En la tabla 2 siguiente, y para los efectos de ubicación de las personas en los tres subsistemas de protección social, representamos el número de personas y los porcentajes contenidos en la Tabla 1 anterior, en relación con la población total en nuestro país, las personas con derechohabiencia a alguna institución de las comprendidas en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en nivel contributivo; así como la población abierta, con afiliación al seguro popular de salud; también el número de personas sin derechohabiencia, es decir, sin acceso a los servicios públicos de salud y hacia quienes se dirige la reforma a la LGS mediante la implementación del SPSS y el seguro popular de salud, y que denominamos como tercer subsistema de protección social en salud, con inclusión del grupo de personas de 60 años y más.

Aclaremos, que de acuerdo con el conteo utilizado, existe un número de personas que se dice *no especificado*, que no se ubica en ninguno de los tres subsistemas de protección expresados. Además, las familias o personas afiliadas al seguro popular en el período 2004 a 2005, se incluyeron en el primer subsistema de protección.

Tabla 2.<sup>3</sup> Personas con y sin derechohabiencia a servicios públicos de salud

Población total	Personas, con derechohabiencia	Personas, sin derechohabiencia	Personas, no especificado
103,263 388	48,452 418  Incluye : 41,131 201 del primer y segundo subsistema, y 7,321 217 personas afiliadas al seguro popular de salud	51,402 597	3,408 373
Personas de 60 años y más 8,338 835	4,665 130	3,673 705	

<sup>3</sup> Elaboración propia, Fuente: INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005. México.

Para efectos de actualización en el período 2006 – 2008 y de acuerdo con información actualizada a 2008, con base en los datos del IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEDENA-SEMAR y privados, que precisamos en el capítulo I de esta segunda parte, el número total de habitantes en el país, lo distribuimos en el primer, segundo y tercer subsistemas de protección social, en relación con la cobertura y acceso a los servicios públicos de salud a la persona, de acuerdo con la tabla 3 siguiente.<sup>4</sup>

Tabla 3 Subsistemas de Protección Social

Población total	Primer subsistema IMSS	Segundo Subsistema ISSSTE	Tercer Subsistema SS- SPSS- SESA población abierta
103 263 388	48 909 705	11 300 744	43 052 939

En la tabla 3 anterior, en comparación con la anterior tabla 2, apreciamos que la población sin derechohabiencia o sin acceso a los servicios de salud, presenta una variabilidad a la baja o disminución, de 51,402 597 personas a 43,052 939 personas, es decir 8,349 658, que son las personas dentro de la población abierta, que se encuentran afiliadas al SPSS y seguro popular de salud en el período 2005 a 2008. De manera que a 2008, de acuerdo con los datos e información contenida en las tablas anteriores, continuaba una población abierta de 43,052 939 personas, sin acceso a los servicios de salud o sin derechohabiencia, que se incluyen en las metas de afiliación del seguro popular de salud para 2010, de acuerdo con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.<sup>5</sup>

Nuestra intención, además de resaltar y dimensionar el acelerado crecimiento del grupo de personas de 60 años y más; es conocer su ubicación en áreas geográficas por entidad federativa y municipio, lo que realizamos mediante mapas temáticos, que nos permiten la percepción de dicho crecimiento y su concentración mayoritaria en las áreas urbanas en el país; mapas, que forman parte de este capítulo y lo elaboramos con el propósito de llamar la atención hacia las personas de

<sup>4</sup> Idem. SS equivale a Secretaría de Salud en el nivel federal; SPSS, subsistema de protección social en salud y SESA, sistemas estatales de salud.

<sup>5</sup> Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2008. Avances alcanzados, resultados de afiliación*. México, pp. 4-6

60 años y más, sin acceso a los servicios de salud, por municipio; como podemos apreciar en el mapa municipal, en el cual, las personas viejas y el crecimiento de este grupo de personas, tienen presencia en todos y cada uno de los 2,454 municipios del país.

También ubicamos las áreas geográficas donde las instituciones de seguridad social, en forma mayoritaria tienen presencia física o capacidad instalada de infraestructura hospitalaria y médica; por lo tanto, acceso a los servicios de salud del IMSS, ISSSTE y PEMEX.<sup>6</sup> Con ello demostramos, que la mayor cobertura en servicios de salud, está ubicada en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en nivel contributivo, no obstante la heterogeneidad institucional y la desarticulación sectorial;

Asimismo, en el tercer subsistema, precisaremos el número de habitantes o población abierta, a quien se dirige el SPSS a través del seguro popular de salud, con sus dos regímenes: el no contributivo para los deciles de ingreso I y II que es el de mayor expansión; y el régimen contributivo, que comprende ingresos en los deciles del III al X y que reporta menor afiliación. Con la aclaración, que en este tercer subsistema, los procesos de afiliación, a 2005 no habían concluido por el corto tiempo transcurrido entre la reforma a la LGS a finales de 2003 y finales de 2005, por lo que se argumenta que continúan en operación, para lograr las metas de cobertura universal en la población, familias o personas, objetivo de este tercer subsistema.

El mapa temático en el nivel nacional, por entidad federativa y por municipio, lo soportamos en la información y datos obtenidos del INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005; de acuerdo con él, las 7 321 217 personas incluidas en la población o personas con derechohabencia o acceso a los servicios de salud en el primer subsistema, son las personas afiliadas al seguro popular de salud, en el período de 2001 a 2005, como lo especificamos en la Tabla 2, supra.

No olvidemos, que también hemos precisado en los capítulos I y II anteriores, la existencia anterior y posterior a la reforma a la LGS que implementó el SPSS y el seguro popular de salud, la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y

---

<sup>6</sup> En el subgrupo PEMEX, el INEGI incluye las personas que son derechohabientes del ISSSFAM es decir, de las fuerzas armadas mexicanas, en la Secretaría de la Defensa Nacional –SEDENA- y la Secretaría de Marina –SEMAR-



médica y su ubicación en la jurisdicciones sanitarias, como órganos desconcentrados por territorio de los sistemas estatales de salud, a través de los cuales se realiza o materializa el acceso a los servicios de salud a la persona, consistente en la atención médica. Así como en el nivel nacional, la insuficiencia de dicha infraestructura,<sup>7</sup> que desde nuestra perspectiva, incide en la insuficiencia de la protección social en cuanto a servicios de salud a la persona se refiere en términos generales y en forma específica hacia las personas de 60 años y más. Ello, no obstante que la infraestructura existente y en mejores condiciones de funcionalidad se ubica en las entidades federativas con mayores concentraciones de habitantes y en las zonas metropolitanas que expresamos.

Podemos afirmar, que a 2005, la población o personas sin acceso a los servicios públicos de salud o sin derechohabiencia en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, constituyó el 49.8 por ciento,<sup>8</sup> de la población total en el país, incluida en dicho porcentaje, 3.6 millones de personas de 60 años y más.

La insuficiencia en la capacidad instalada o existencia de la infraestructura hospitalaria y médica, la evidenciamos no sólo en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo, también en el nivel nacional en que incluimos el tercer subsistema de protección social en salud, de acuerdo con los resultados contenidos en la rendición de cuentas en salud, en el rubro indicadores básicos de salud poblacional y de operación del sistema nacional de salud, emitido por la Secretaría de Salud en el nivel federal, como cabeza u órgano rector de la salud en el país.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Véase: Secretaría de Salud. *Rendición de Cuentas en Salud 2008*. México, 2009. En el rubro: Indicadores Básicos de Salud Poblacional y de Operación del Sistema de Salud, pp. 90-96, Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Evaluación al Desempeño. Véase: [www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx). Consulta marzo de 2010.

<sup>8</sup> Véase: Tabla 2 supra, Distribución de la población por condición de derechohabiencia a servicios de salud.

<sup>9</sup> Secretaría de Salud. *Rendición de Cuentas en Salud 2008*. México, 2009. Idem. nota 7 supra.

También evidenciamos, la insuficiencia de programas y acciones específicas y prioritarias de salud, dirigidos a las personas de 60 años y más, pues a partir de 2006, en el tercer subsistema de protección social en salud, los programas nacionales se han focalizado a los recién nacidos, a través del Seguro Médico para una Nueva Generación; a las mujeres y mujeres embarazadas, a través del programa Embarazo Saludable; al programa de Caravanas de la Salud y a los problemas emergentes, como el diagnóstico y tratamiento de VIH SIDA, tuberculosis y vacunación universal, incluida la vacunación a adultos mayores, con las vacuna antiinfluenza, toxoide tetánico y antineumococo, que constituyen acciones de salud a la comunidad o salud pública.<sup>10</sup>

Evidenciamos la desarticulación en la prestación de servicios públicos de salud a la persona, ante la segmentación o fragmentación entre las instituciones y los grupos poblacionales, es decir, personas con derechohabencia a la seguridad social en el nivel contributivo, y en el distinguimos a los derechohabientes del IMSS, del ISSSTE, de PEMEX e ISSFAM, y un nivel no contributivo, a través del programa IMSS Oportunidades, dirigido a personas en pobreza o pobreza extrema, indígenas y campesinos. Así como en el tercer subsistema, en el cual en los procesos de afiliación al seguro popular, se segmenta también a los grupos de personas en un régimen contributivo y uno no contributivo, en atención a los clasificación de ingresos en deciles, es decir, población abierta que no cuenta con ingresos y aquella que los percibe y puede adquirir o comprar el seguro popular de salud; también la apertura en la contratación de servicios públicos de salud al sector privado de la salud, que integra la red de prestadores de servicios de salud a la persona, ante la insuficiencia en la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica, en los tres subsistemas de protección social.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Idem. Además Secretaría de Salud. *Rendición de Cuentas en Salud 2007*, México, 2008, Subsecretaría de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Evaluación al Desempeño Véase: [www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx). Consulta marzo de 2010. En relación con el CAUSES -Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud- contenido en la obra: *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales financieros y operativos*. 2ª, Fondo de Cultura Económica, México, 2006, pp. 133 -206.

<sup>11</sup> Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales financieros y operativos*. 2ª, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006.

Resultó evidente el entramado o andamiaje normativo para la operación y funcionamiento estructural, entre las instituciones públicas del sector salud, de los programas enfocados a la prestación de servicios públicos de salud, no sólo en el ámbito del primer y segundo subsistema de la seguridad social en el nivel contributivo; también en el tercer subsistema, pues no olvidemos, que recae en los sistemas estatales de salud y sus REPSS, la prestación de los servicios públicos de salud, sin dejar de existir una operación centralizada en el nivel federal por parte de la Secretaría de Salud, el CONPSS y la CNPSS, cuando menos cuando se trata de acciones de salud que implican gastos catastróficos FPGC, cuya operatividad es exclusiva del fideicomiso público que para tal efecto constituye el ejecutivo federal y el Fondo de Previsión Presupuestal, en el rubro de infraestructura hospitalaria.

Lo anterior, no obstante los esfuerzos por consolidar un Sistema Nacional de Salud y la rectoría normativa por parte de la Secretaría de Salud en el nivel federal, pues la descentralización de los servicios públicos de salud a los sistemas estatales de salud, desde nuestra perspectiva, sólo ha operado en cuanto a las funciones, es decir, la materialización de la prestación de los servicios públicos de salud y no en cuanto atribuciones operativas y financieras; además la inexistencia de una efectiva coordinación intra e interinstitucional.

Advertimos también la operatividad y funcionamiento de los programas federales y estatales en el DF y en Nuevo León, cuyo enfoque es de combate a la pobreza alimentaria, de manera específica el programa federal de Oportunidades, Atención a adultos mayores y el de 70 y más, que consisten en apoyos económicos mensuales que las personas beneficiarias destinan de manera preferente a la adquisición de alimentos y que son operados por las dependencias federales o estatales, reconociendo la activa participación de los DIF en el nivel nacional y en las entidades federativas.

Destacamos también que la Secretaría de salud en el nivel federal reconoce el vertiginoso crecimiento de la población mayor de 60 años y más y no sólo eso, además que los ancianos mayores de 70 años en nuestro país viven en pobreza y no cuentan con seguridad social, que un alto porcentaje tienen padecimientos crónicos, nutricionales, limitaciones físicas, soledad, baja autoestima, depresión y fragilidad,

pues se ha documentado, que las enfermedades más comunes en este grupo de personas son de tipo crónico degenerativo, como enfermedades músculo esqueléticas, artritis, hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, ceguera, sordera; enfermedades que suponen una alta tasa de utilización de servicios de salud y un alto costo asociado a estos servicios.<sup>12</sup>

A tal reconocimiento del órgano rector de la salud pública en nuestro país, se agrega: *que nuestro país no cuenta con proyectos que les garantice a este grupo etéreo transitar su vejez con una calidad de vida adecuada que incorpore seguridad económica, servicios de salud y apoyos institucionales.*<sup>13</sup> Este reconocimiento institucional, sin duda alguna, constituye un reto nacional, en el que en forma modesta este trabajo de investigación, muestra interés en dicho reto.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, del que derivó el Plan Nacional de Salud para dicho período, se elaboró un *Programa de Acción: Atención al Envejecimiento*,<sup>14</sup> como una guía y un compromiso de trabajo de las instituciones de los sectores públicos, social y privado, para afrontar de manera integral los problemas que afectan a la población adulta mayor y de manera especial tendiente a alcanzar, o cuando menos, iniciar una cultura en favor del envejecimiento.

De este documento,<sup>15</sup> nos interesa destacar dos aspectos, uno relacionado con el *diagnóstico* en el nivel nacional en el que se resalta la importancia de factores relacionados con los adultos mayores; los sistemas de pensión y jubilación, otro referente a las condiciones de salud de los adultos mayores, que se caracterizan por los desafíos que implican el rezago en salud, es decir, la insuficiente cobertura o acceso efectivo a la prestación de los servicios públicos de salud a la población abierta y los riesgos emergentes referentes a enfermedades como el VHI SIDA, influenza y dengue entre otras, así como la situación actual del envejecimiento como una nueva dimensión de la salud en nuestro país, por el incremento en las enfermedades crónico degenerativas vinculadas a la vejez, respecto de la cual las

---

<sup>12</sup> Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico 2007-2012. Investigación para la salud. Comisión Coordinadora de Instituto Nacionales de Salud y Hospitales de alta especialidad. México, 2008, pp. 53-54

<sup>13</sup> Idem.

<sup>14</sup> Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, México, diciembre de 2001.

<sup>15</sup> Idem.

instituciones públicas se ven limitadas para dar respuesta a las necesidades y demandas en salud de los adultos mayores, como grupo de edad en rápido crecimiento.

El otro aspecto se refiere al objetivo general, que es controlar y retardar las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y elevar la calidad de vida de los adultos mayores y los específicos del programa de acción en materia de atención al envejecimiento; entre éstos, la detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas, su tratamiento y control de enfermedades; y como acciones estratégicas, la elaboración de normas oficiales mexicanas en salud, para la atención del envejecimiento; promover la utilización de la cartilla nacional de salud, para instrumentar el esquema básico de prevención y control de enfermedades frecuentes en adultos mayores; la realización anual de la *Semana Nacional para Gente Grande*; establecer el programa de atención domiciliaria para enfermos crónicos y la aplicación de encuestas de factores de riesgo de diabetes, hipertensión, obesidad y factores nutricionales en la población mayor de 60 años.<sup>16</sup>

Cabe que destaquemos, que para la realización de las acciones contenidas en el programa que mencionamos, la Secretaría de Salud en el nivel federal, constituyó el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento CONAEN,<sup>17</sup> y se programó la creación, constitución y consolidación de comités de esta naturaleza en las entidades federativas, como Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, en las treinta y dos entidades federativas –COEAEN-

Asimismo, del PND 2007-2012 y el Plan Nacional de Salud para dicho período, derivó el Programa de Acción Específico 2007-2012 Envejecimiento,<sup>18</sup> en el que se reconoce, que los adultos mayores no han recibido el trato y la atención adecuada a sus problemas sociales y de salud; que el proceso de envejecimiento demográfico no es reversible, porque los adultos mayores del mañana ya nacieron entre 1960 y 1980. Aquí estimamos pertinente aclarar, que nuestro trabajo de investigación en

---

<sup>16</sup> En relación con las encuestas, se tomaría como punto de partida la encuesta SABE, que en 2000 sólo fue aplicada en la zona metropolitana del DF, referente a indicadores de salud y bienestar en las personas de 50 años o más que habitaban en el área geográfica de la zona metropolitana del DF, y que no tuvo representatividad nacional.

<sup>17</sup> Este comité nacional fue creado legalmente mediante acuerdo del entonces secretario de salud, Juan Ramón de la fuente en 1999, publicado en el DOF de 12 de agosto de 1999.

<sup>18</sup> Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México, 2008

esta tesis, lo realizamos hacia las personas viejas actuales, es decir, quienes tienen una edad de 65 años o más y las ubicaríamos nacidas en el período revolucionario de 1910 y en el posrevolucionario entre 1935 y 1940.

De este documento,<sup>19</sup> nos interesa destacar en el nivel nacional, en el rubro del diagnóstico de salud, tres aspectos: uno referente a la problemática del envejecimiento, y se hace consistir que *en nuestro país a pesar de la información generada intra e interinstitucionalmente, aún no se reflejan las necesidades de los adultos mayores, en virtud de que sólo se registran datos de morbilidad de los usuarios de los servicios de salud y por otro lado, cada institución tiene su propio sistema de información, que no siempre es compatible con la del Sector Salud, lo que impide generar políticas públicas en materia de envejecimiento en los tres órdenes de gobierno.*<sup>20</sup> Este aspecto, es coincidente con nuestra afirmación en el sentido de la heterogeneidad y desarticulación y fragmentación institucional, normativa y estructural de los subsistemas de seguridad social y protección social en salud, que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

Otro aspecto de este programa, es el referente a los avances en esta materia en el período 2000-2006, entre ellos: la implementación del CONAEN y los COEAEN en las entidades federativas; la Política Pública Nacional de Vacunación para el Adulto Mayor con un esquema básico en vacuna antiinfluenza, antineumococo y toxoide tetánico-diftérico; en materia de promoción y prevención de la salud, la entrega de la Cartilla Nacional de Salud para el Adulto Mayor, que se implementó también a través del PREVEIMSS y PREVENISSSTE; las Semanas de Salud para la Gente Grande; promoción de una cultura del envejecimiento dirigida a jóvenes a través de concursos de ensayo y carteles con la temática del envejecimiento y la elaboración, reproducción y distribución de las guías de hiperplasia prostática, depresión y alteraciones de la memoria, para el médico del primer nivel de atención.

---

<sup>19</sup> Idem.

<sup>20</sup> Idem. p. 16. Los datos de morbilidad hacen referencia a la proporción de personas que enferman, y las causas de enfermedad o padecimiento en un sitio y tiempo de determinado, como las principales causas de mortalidad y causas de enfermedades. Entre las principales causas de mortalidad en el grupo de 60 años y más, se registran la diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebro vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades hipertensivas; entre las causas de morbilidad: infecciones respiratorias agudas, infecciones en vías urinarias, infecciones intestinales como úlceras, gastritis, hipertensión arterial, gingivitis y enfermedad periodontal, enfermedades isquémicas del corazón. SNS, México, 2006.

El último aspecto, consiste en los retos en el período que comprende el programa de acción específico 2007-2012 Envejecimiento, destacamos en forma general, la necesidad de generar infraestructura necesaria y especializada para brindar una atención oportuna con calidad a los adultos mayores, así como la capacitación y sensibilización de personal, que responda a las demandas de salud de los adultos mayores. En forma específica y prioritaria: la realización del diagnóstico en el país de Salud Bienestar y Envejecimiento –SABE- implementación de los Centros de Día de Atención al Envejecimiento -geronto-geriátricos- para el adulto mayor con discapacidad física y mental; fortalecer la capacitación del equipo de salud de manera interinstitucional e intersectorial, a fin de homologar los criterios de promoción, prevención, tratamiento y limitación del daño en los adultos mayores; actualizar normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial para el adulto mayor, ya que todavía se considera la atención clínica de estos pacientes, igual a la de los grupos etáreos más jóvenes lo que ocasiona una atención inadecuada, que puede provocar deterioro en la salud y funcionalidad del adulto mayor; consolidar y fortalecer la coordinación del CONAEN y los COEAEN en el nivel estatal y jurisdiccional; detectar, dar seguimiento y control a los padecimientos de mayor prevalencia de este grupo de edad y consolidar la política del esquema básico de vacunación durante la Semana de Salud para Gente Grande.

Con todo lo anterior , podemos afirmar que en el nivel nacional, en forma teórica, hemos evidenciado la existencia de los factores normativos e institucionales que inciden en la insuficiencia en la protección social, por su heterogeneidad y desarticulación; así como la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y relaciones de coordinación inter e intrainstitucionales en los órdenes de gobierno federal y de las entidades federativas; también, la insuficiencia en la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica, que inciden y vinculamos con la insuficiencia en la protección social de los servicios públicos de salud a la persona, en términos de la población en general y en particular de las personas viejas, tanto en el primer y segundo subsistemas de la seguridad social en el nivel contributivo, como en el tercer subsistema de protección social en salud.

Evidencia, que además se reconoce en el nivel nacional por el órgano rector del Sistema Nacional Salud, como lo advertimos de la literatura e informes expresados, de manera que la protección social en salud de la vejez o de las personas viejas, en cuanto al acceso efectivo a la atención médica, en nuestro país. Desde nuestro punto de vista, no es una prioridad nacional y la responsabilidad del Estado, a través del gobierno federal, local y municipal, en el cumplimiento de este derecho, debiera ser continua, coordinada y permanente; por lo que seguirá constituyendo un enorme desafío y reto, que requiere de acciones específicas y prioritarias reales, en cuanto al acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, dirigidas a las personas viejas.

A continuación, nos permitimos representar en forma gráfica, mediante mapas temáticos, la evidencia en la insuficiencia en la protección social en salud de las personas en general y de las personas viejas en particular, en el Sistema Nacional de Salud y en él, integrados los dos subsistemas de la seguridad social en el nivel contributivo y el tercer subsistema de protección social en salud.



Tabla 4. Población total en el país y entidades federativas más pobladas

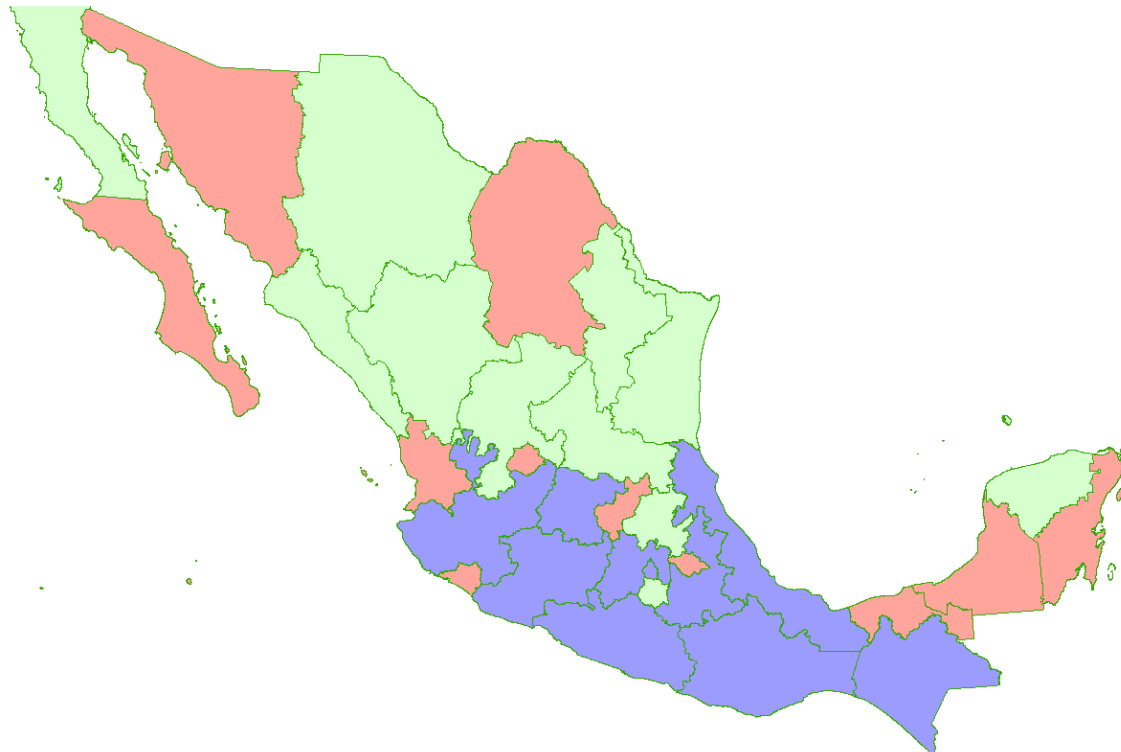



- Entidades más pobladas en millones de personas
- México 14,008
- DF 8,721
- Veracruz 7,110
- Jalisco 6,752
- Guanajuato 4,894
- Chiapas 4,294
- Nuevo León 4,199


- Habitantes 103,263 388
- Mujeres 53,013 433
- Hombres 50,249 955


Personas de 60 años y más:  
8,338 835, equivalente al 8 por ciento.


Tabla 5. Dimensión del envejecimiento por entidad federativa y sin acceso a los servicios públicos de salud




 Población de 60 años y más sin derechohabiencia a servicios de salud

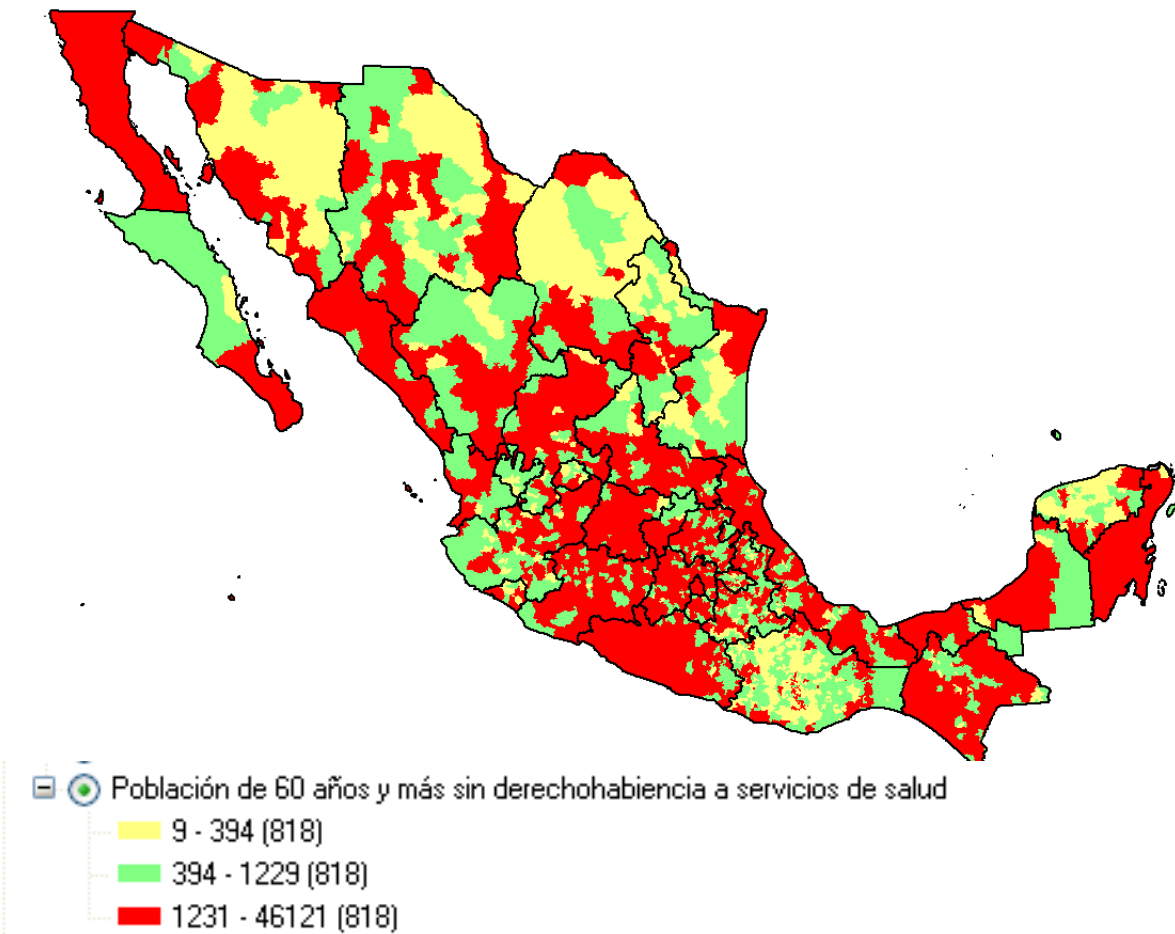

 [7288 - 47685] (11)


 [47686 - 123020] (11)


 [123021 - 389476] (10)

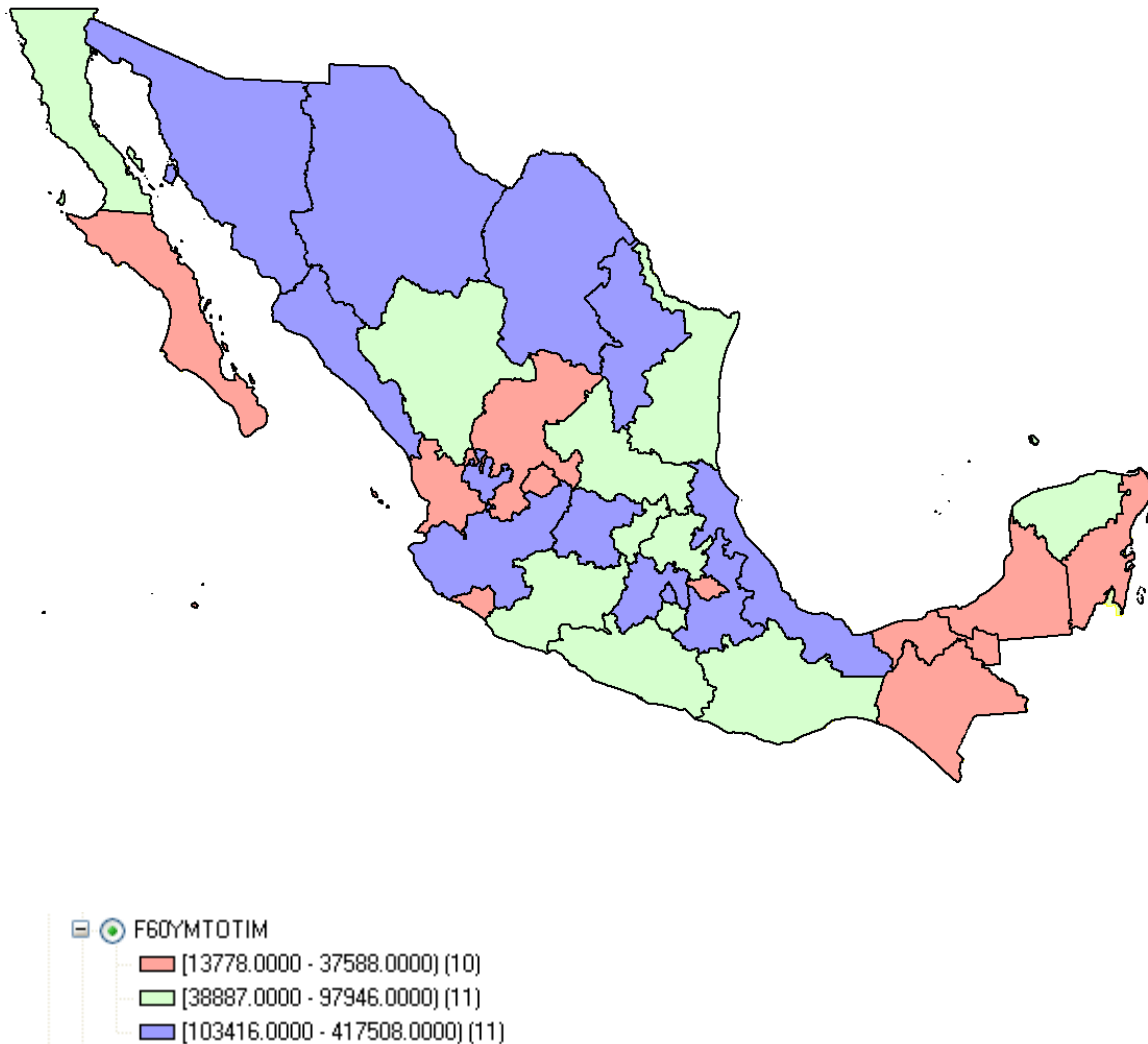
- Personas de 60 años y más, sin acceso a servicios de salud.
- Total 3,673 705
- Se divide el país en 3 estratos de menor a mayor población, por entidad federativa. En color azul – región sureste- reside el mayor número de población o personas de 60 años y más, sin acceso a servicios de salud; el color verde es un grado intermedio y el color rosa representa el menor número de personas. NL: intermedio.

Tabla 6. Dimensión del envejecimiento en el nivel municipal, sin acceso a los servicios públicos de salud



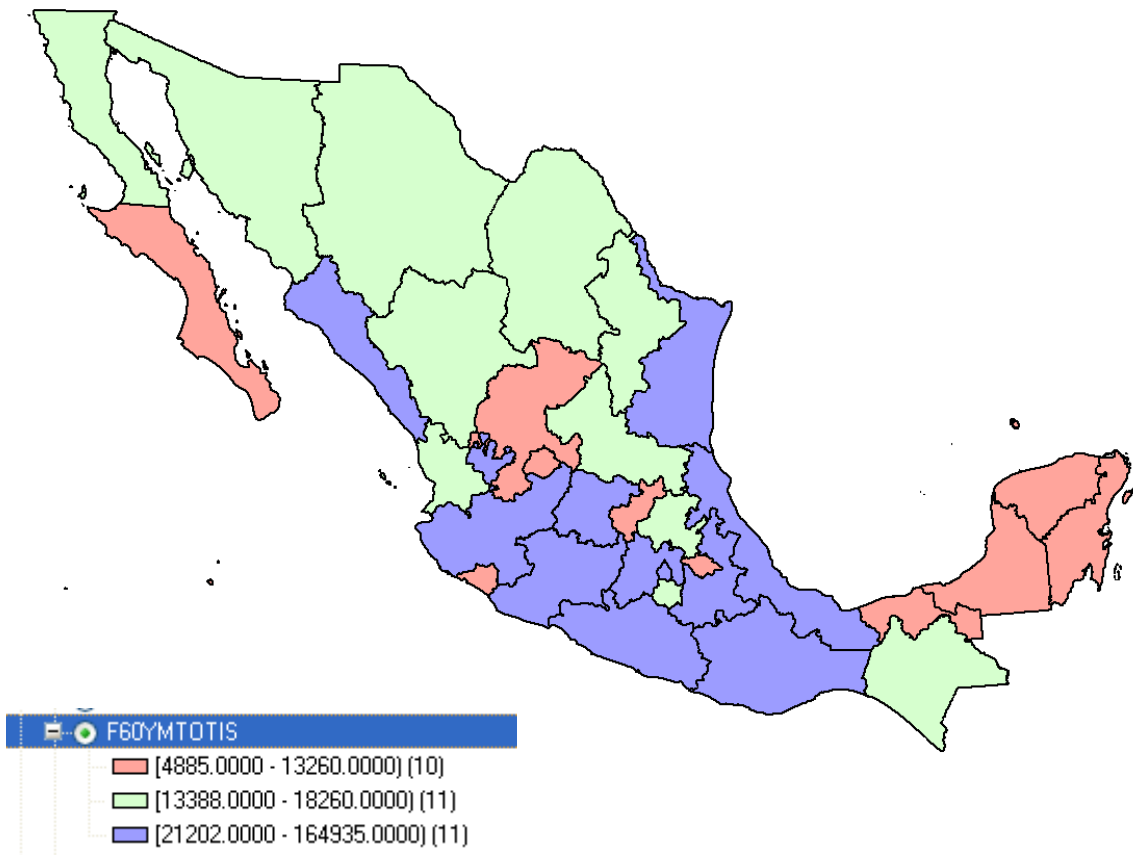
- Existen en el país 2,454 municipios, que estratificamos en atención al número de personas –de menor a mayor número- en tres grupos, cada uno de ellos con 818 municipios.
- En este mapa, el color amarillo, representa el menor número de personas de 60 años y más, sin acceso a servicios de salud; el verde, un grado o estrato intermedio y el rojo, visualiza dónde existe mayor población en este grupo de edad, que es generalizada en el país. En Nuevo León, se concentra en la zona metropolitana de Monterrey.

Tabla 7. Población con derechohabencia o acceso a los servicios públicos de salud en el IMSS



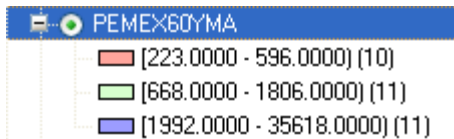
- Las 32 entidades federativas se agrupan en tres estratos, cada uno de ellos con 10, 11 y 11 entidades.
- El mapa se realiza por entidad federativa, de menor a mayor población de 60 años y más, con acceso a servicios de salud sólo en el IMSS. En color azul, las entidades donde existe mayor cobertura de protección; con verde, cobertura intermedia y en rosa, la menor cobertura.

Tabla 8. Población con derechohabiencia o acceso a servicios públicos de salud en el ISSSTE



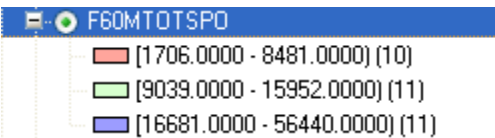
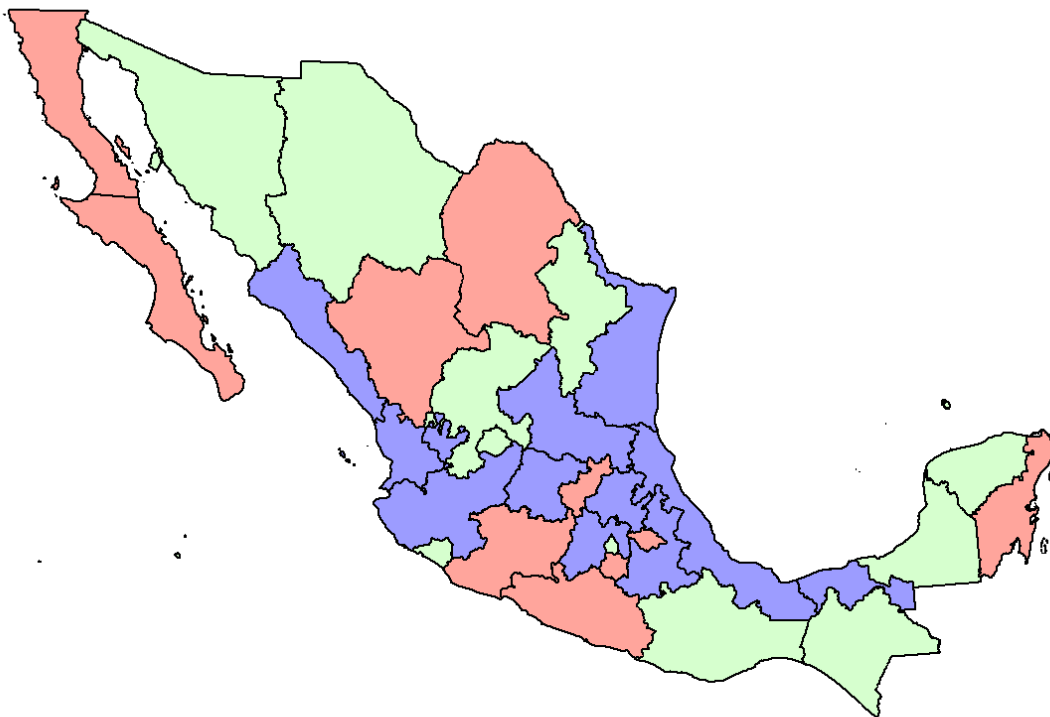
- Las 32 entidades federativas se agrupan en tres estratos, cada uno de ellos con 10, 11 y 11 entidades.
- El mapa se realiza por entidad federativa, de menor a mayor población de 60 años y más, con acceso a servicios de salud sólo en el ISSSTE. En color azul, las entidades donde existe mayor cobertura de protección; con verde, cobertura intermedia y en rosa, la menor cobertura.

Tabla 9. Población con derechohabiencia o acceso a servicios de salud en PEMEX e ISSFAM



- Las 32 entidades federativas se agrupan en tres estratos, cada uno de ellos con 10, 11 y 11 entidades.
- El mapa se realiza por entidad federativa, de menor a mayor población de 60 años y más, con acceso a servicios de salud en PEMEX e ISSFAM. En color azul, las entidades donde existe mayor cobertura de protección; con verde, cobertura intermedia y en rosa, la menor cobertura.

Tabla 10. Población con acceso a servicios públicos de salud en el Sistema de Protección Social en Salud y seguro popular de salud



- Las 32 entidades federativas se agrupan en tres estratos, cada uno de ellos con 10, 11 y 11 entidades.
- El mapa se realiza por entidad federativa, de menor a mayor población de 60 años y más, con acceso a servicios de salud a través del seguro popular. En color azul, las entidades donde existe mayor cobertura de protección; con verde, cobertura intermedia y en rosa, la menor cobertura.

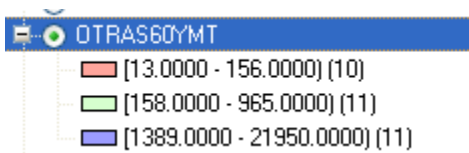
Tabla 11. Población que accesa a servicios de salud en el sector privado



- Las 32 entidades federativas se agrupan en tres estratos, cada uno de ellos con 10, 11 y 11 entidades.
- El mapa se realiza por entidad federativa, de menor a mayor población de 60 años y más, con acceso a servicios de salud en el sector privado. En color azul, las entidades donde existe mayor acceso; con verde, acceso intermedio y en rosa, el menor acceso.



Tabla 12. Población que accesa a servicios de salud en el rubro OTRAS



- Las 32 entidades federativas se agrupan en tres estratos, cada uno de ellos con 10, 11 y 11 entidades.
- El mapa se realiza por entidad federativa, de menor a mayor población de 60 años y más, con acceso a servicios de salud en el rubro OTRAS. En color azul, las entidades donde existe mayor acceso; con verde, acceso intermedio y en rosa, el menor acceso.
- OTRAS, se refiere a ONG o medicina herbaria.

2. Análisis cuantitativo y cualitativo de la percepción de la insuficiencia en la protección social de la vejez, en los subsistemas de seguridad social en el nivel contributivo y del subsistema de protección social en salud, con enfoque al acceso efectivo en la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, en el grupo de personas de 65 años y más, entrevistadas en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, Nuevo León

Toda vez que hasta aquí hemos hecho referencia en el nivel nacional a la población en general y en particular al grupo de personas de 60 años y más, su ubicación geográfica por entidad federativa y municipio, así como en áreas urbanas y conurbanas de zonas metropolitanas en donde la existencia de la infraestructura hospitalaria y médica si no suficiente, la existente y concentrada ha permitido a las personas el acceso a la atención médica de los servicios de salud en el primer y segundo subsistemas de la seguridad social en nivel contributivo, y el tercer subsistema de protección social en salud a través del seguro popular de salud y el acceso a la salud en el sector privado y otras, así como la población o personas sin acceso a los servicios públicos de salud.

Con la anterior, mostramos la dimensión nacional, por entidad federativa y municipio, por lo tanto, consideramos oportuno un trabajo de campo específico en un municipio de Nuevo León, mediante el cual a través de un estudio descriptivo y analítico con enfoques cuantitativos y cualitativos, nos permitiera la comprensión sociodemográfica y estructura de la población en dicho municipio; la percepción de la insuficiencia en la protección social en salud de la vejez en el ámbito de los tres subsistemas de protección social en salud.

En este trabajo de campo, en el enfoque cuantitativo, tomamos en cuenta los datos y estadísticas del INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005, de manera específica para el municipio seleccionado y lo complementamos, mediante un análisis con enfoque cualitativo, que nos permitiera un acercamiento directo con las personas que integran el grupo 65 años y más, a través de una entrevista personal, llevada a cabo con cada una de las personas que conforman dicho grupo y que habitan en el área urbana o cabecera del municipio de Dr. Arroyo, Nuevo León.

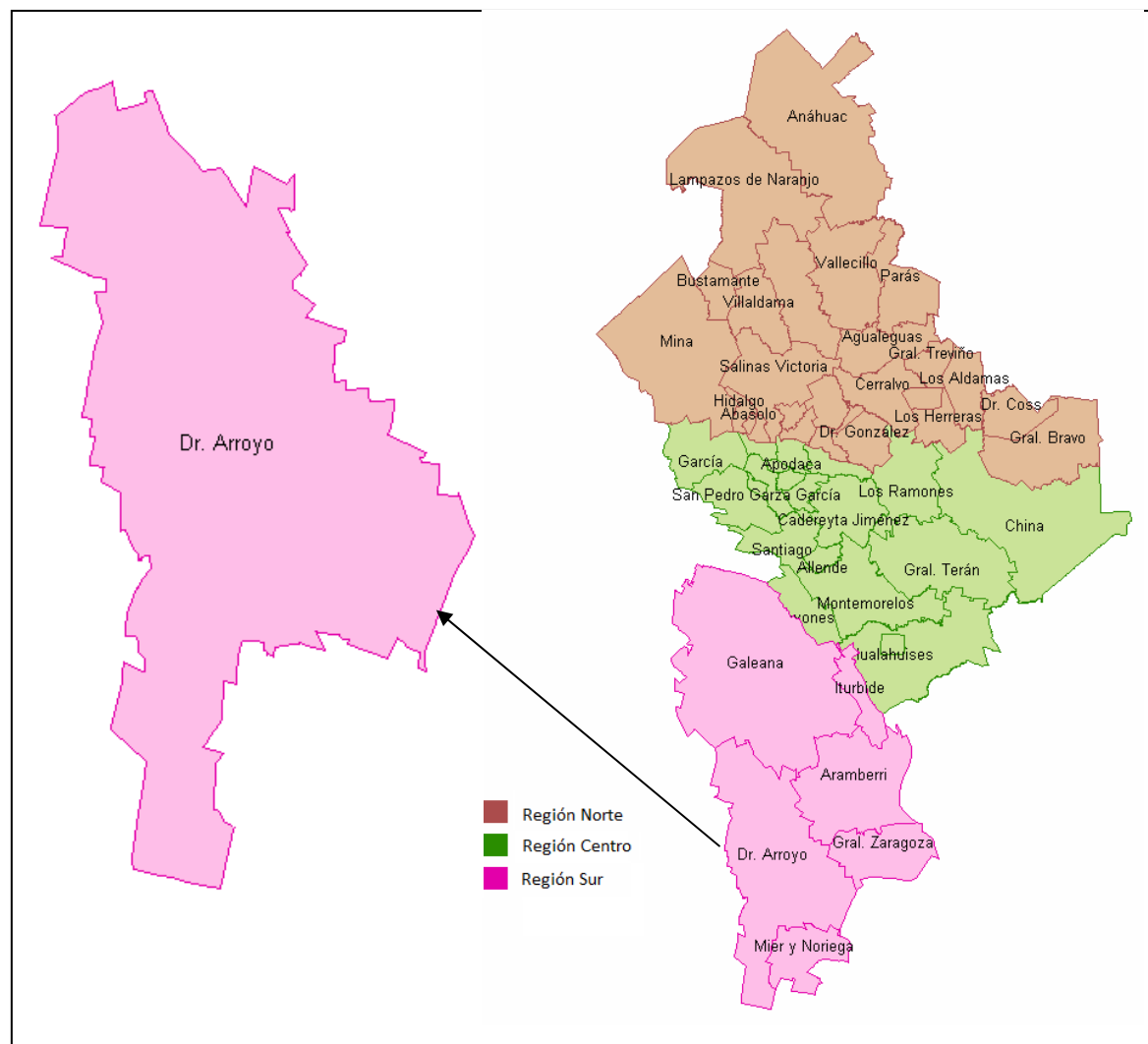
La investigación de campo, si bien no constituye representación generalizada en el nivel municipal, nos permitió percatarnos cómo perciben la insuficiencia en la protección social en salud en cuanto al acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, en los ámbitos del primer y segundo subsistemas de seguridad social en el nivel contributivo y del tercer subsistema de protección social en salud, a través del seguro popular de salud.

Este trabajo de campo lo realizamos en los meses de febrero y marzo del presente año y participaron como personas encuestadas sólo las de 65 años y más, que habitan en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, en las tres AGEB que concentran el mayor número de este grupo de personas y además, nos permitió enriquecer esta investigación. Aplicamos procedimientos y metodologías utilizadas por el INEGI para la elaboración de encuestas, con un cuestionario específico para la entrevista. El análisis, los resultados, hallazgos y deducciones, los describimos más adelante en este mismo capítulo.

Como consideración previa, cuando dividimos la República Mexicana en tres regiones, en la región norte ubicamos el Estado de Nuevo León, asimismo dividimos el Estado de Nuevo León en tres regiones, norte, centro y sur, de acuerdo con la tabla 1 siguiente, e hicimos referencia al área metropolitana que ubicamos en la zona metropolitana de Monterrey en la región centro del Estado.

Para los efectos de nuestro trabajo de campo, nos ubicamos en la región sur del estado de Nuevo León y de manera específica en el municipio de Dr. Arroyo, que visualizamos en la Tabla 13 siguiente.

Tabla13. Estado de Nuevo León con división de regiones norte, centro y sur y en la región sur destacamos el municipio de Dr. Arroyo.



En la estructura del trabajo de campo, distinguimos un análisis cuantitativo en el que tomamos en cuenta la información y datos del INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005 y ubicamos los mismos en la región sur y de manera específica, en el municipio de Dr. Arroyo, en términos de población total, población de 60 años y más y ésta última, con y sin acceso a los servicios de salud y en el municipio seleccionado, la referente al grupo de personas de 65 años y más con derechohabencia a la seguridad y sin acceso a los servicios de salud.

Con esta información que conforma el aspecto cuantitativo del trabajo de campo, procedimos al análisis cualitativo, cuyo universo como objeto de estudio, se

constituyó sólo por las personas de 65 años y más, ubicadas en la localidad urbana que conforma la cabecera de dicho municipio; los datos, resultados, hallazgos y conclusiones de la investigación en el trabajo de campo, en este aspecto cualitativo, los mostraremos más adelante en este capítulo.

En el aspecto cuantitativo, ilustramos de manera gráfica en la tabla 14,<sup>21</sup> siguiente los municipios que integran la región sur, la población total en cada uno de ellos y la población de 60 años y más sin acceso a los servicios de salud o sin derechohabiencia en el primer y segundo subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo. En ella advertimos, que en esta región, el total de la población de 60 años, representa un 13 por ciento en relación con la población total en la misma y en el municipio de Dr. Arroyo, también un 13 por ciento, rango superior en un 5 por ciento al 8 por ciento en el nivel nacional y en el estado de Nuevo León.

Tabla 14. Municipios que integran la región sur de Nuevo León

MUNICIPIO	P_TOTAL	P_60YMAS	P_60YM_SD
Aramberri	14692	2211	420
<b>Dr. Arroyo</b>	<b>33269</b>	<b>4485</b>	<b>1182</b>
Galeana	38930	5056	1428
Gral. Zaragoza	5733	691	200
Iturbide	3533	469	129
Mier y Noriega	7047	923	337
Total	103,204	13,835	4,696

En el municipio de Dr. Arroyo, la mayor concentración de la población total y la de 60 años y más, se ubica en el área urbana de la cabecera municipal. Por ello,

<sup>21</sup> Elaboración propia. Fuente: INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005. México. P\_TOTAL es igual a población total, P\_60YMAS es igual a población de 60 años y más y P\_60YM\_SD, equivale a población de 60 años y más sin derechohabiencia o acceso a los servicios públicos de salud. Advertimos que la población total de 60 años y más sin derecho o sin acceso a los servicios públicos de salud en relación con la población total en este grupo de edad, en la región representa un 25 por ciento y en el municipio de Dr. Arroyo, también un 25 por ciento

nuestro trabajo de campo se realizó sólo en el área urbana de la cabecera municipal; no obstante que el aspecto cualitativo no lo dirigimos a las personas ubicadas en las localidades rurales, por la dispersión geográfica de las mismas, es conveniente que expresemos que el resto de la población total y de 60 años y más, se ubica en las 242 localidades rurales de dicho municipio con una población menor a 2500 habitantes en cada localidad rural.

Existen 13 localidades rurales con una población entre 400 a 682 habitantes en cada una de ellas. De estas 13 localidades, en 10 de ellas, se presenta la mayor concentración de personas de 60 años y más, cuyo acceso a los servicios de salud de atención médica en el primer nivel de atención, se cubre por afiliación al seguro popular de salud,<sup>22</sup> en el tercer subsistema de protección en un 75 por ciento, en cada localidad rural; y existe un 25 por ciento restante sin acceso a servicios de salud o sin derechohabiencia.

En la tabla 15,<sup>23</sup> siguiente nos permitimos visualizar en el municipio de Dr. Arroyo, la cabecera municipal en color amarillo; las 242 localidades rurales, en color azul; las 13 localidades rurales con una población entre 400 y 682 habitantes, en color morado y entre estas 13, en color verde, las 10 localidades donde se ubica la mayor concentración de personas de 60 años y más; en color celeste, destacamos la localidad Cruz de Elorza, en la cual las personas de 60 años y más representan un 25 por ciento en relación con la población total en dicha localidad rural, por lo que puede estimarse como la localidad rural más envejecida, seguida de San Ramón de los Martínez con un 24 por ciento de población envejecida.

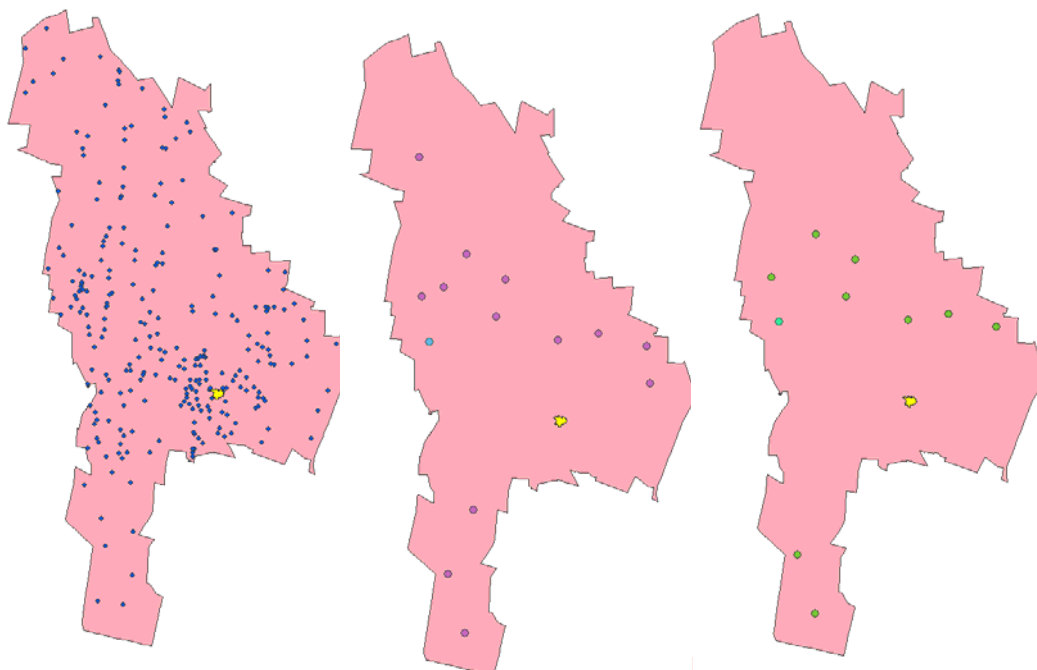
---

<sup>22</sup> En forma material la cobertura de los servicios públicos de salud es operada por el Sistema Estatal de Salud, Secretaría de Salud de Nuevo León y Servicios de Salud de Nuevo León, a través de las unidades médicas -centros de salud urbano o casas de salud rurales- y los hospitales ubicados en dicho municipio; así como unidades móviles o itinerantes de salud y existen 10 unidades móviles o itinerantes y tres caravanas de salud, que atienden no sólo el municipio de Dr. Arroyo, también los distintos municipios que integran la región sur del Estado.

<sup>23</sup> Elaboración propia. Fuente: INEGI II Censo de Población y Vivienda 2005. México. En relación con las abreviaturas P\_TOTAL es población total; P\_60YMAS es población o personas de 60 años o más; P\_SINDER es población sin derechohabiencia o acceso a servicios de salud y P\_SEGPOP es población o personas con seguro popular de salud.

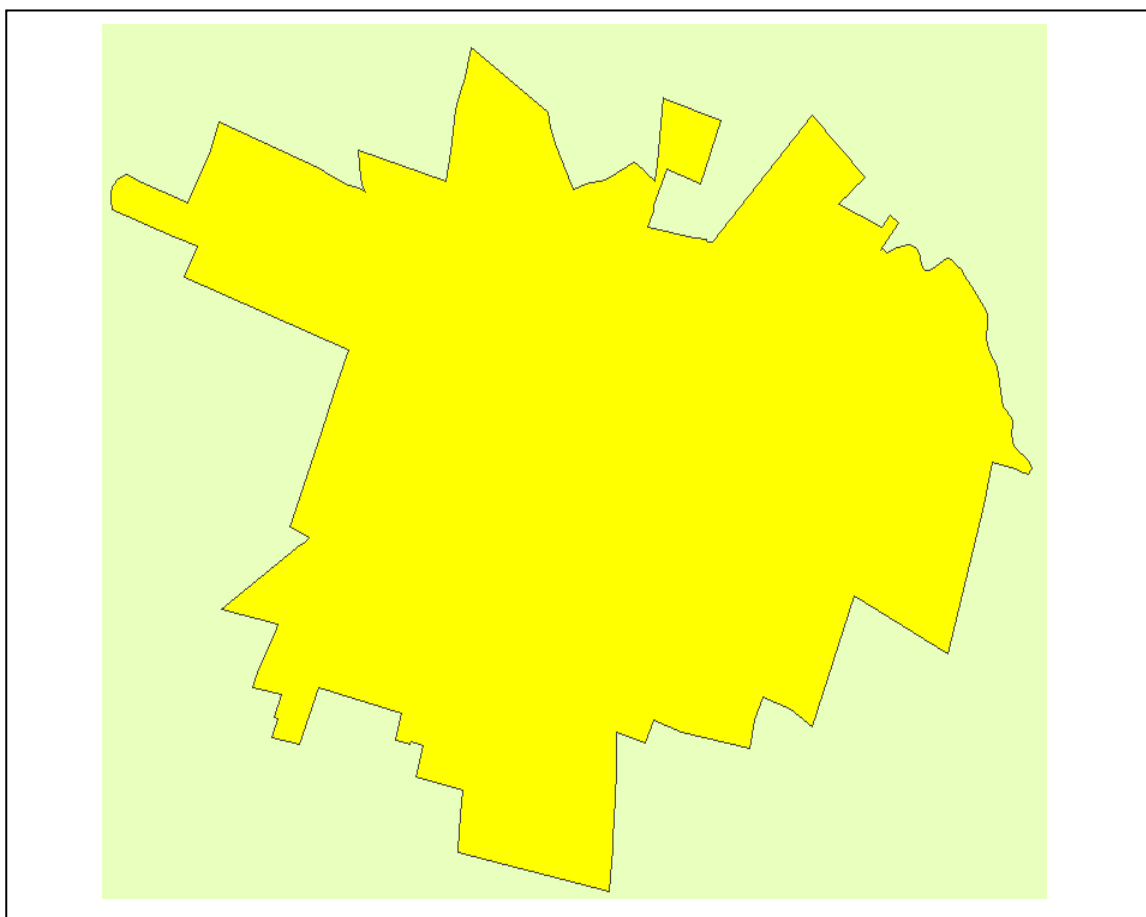
Tabla 15. Municipio de Dr. Arroyo, NL., cabecera municipal, 242 localidades rurales, 13 localidades rurales con población entre 400 y 682 habitantes y las 10 localidades rurales, donde se ubica la mayor concentración de personas de 60 años y más.

<b>_LOCALIDAD RURAL</b>	<b>P_TOTAL</b>	<b>P_60YMAS</b>	<b>P_SINDER</b>	<b>P_SEGPOP</b>
<b>Cruz de Elorza</b>	<b>420</b>	<b>105</b>	<b>77</b>	<b>297</b>
Los Medina	528	94	175	251
Presa de Maltos	458	73	93	351
Puerto del Aire	437	64	86	348
San Juan de la Cruz	405	71	79	315
San Juan del Palmar	400	65	164	229
San Pedro de González (San Pedro de Rueda)	470	71	180	281
<b>San Ramón de los Martínez</b>	<b>547</b>	<b>134</b>	<b>116</b>	<b>408</b>
La Unión y El Cardonal	468	71	114	328
La Yerba	682	67	156	508



En la Tabla 16 siguiente, nos permitimos visualizar la cabecera municipal del Municipio de Dr. Arroyo, área donde ubicamos a las personas de 65 años y más que constituyen el universo objeto de nuestro trabajo de campo.

Tabla 16. Cabecera municipal del municipio de Dr. Arroyo, NL.



En la cabecera municipal, en relación con el grupo de personas de 60 años y más, por grupo quinquenal por edad y sexo, nos permitimos mostrar en la Tabla 17 siguiente, la información correspondiente, en la que prevalece en mayor número de habitantes en hombres 294, que en mujeres 291, lo que no es coincidente en el nivel estado ni en el nivel nacional, donde prevalecen en mayor número las mujeres.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Fuente: INEGI II Censo de Población y Vivienda 2005. Síntesis de Resultados. En el nivel nacional, existen 53.0 millones de mujeres igual al 51.3 por ciento y 48.7 millones de hombres igual al 48.7 por ciento; Síntesis de resultados en NL. 2.108 millones de mujeres, igual al 50.2 por ciento y 2.090 millones de hombres, igual al 49.8 por ciento.



También podemos advertir, en esta misma tabla 17, un mayor número de personas en el grupo de edad 75- 99 años, que comprende casi tres quinquenios, de acuerdo con la clasificación de este grupo de edad, realizada por el INEGI, II Censo de Población y Vivienda, 2005.

Tabla 17. Personas de 60 años y más, por grupo quinquenal y sexo que habitan en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, N. L.

<i>Grupo de edad</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
60 a 64 años	160	67	93
65 a 69 años	150	62	88
70 a 74 años	120	69	51
75 a 99 años	183	94	89
100 y más años	2	2	0
Totales	615	294	291

Respecto de este mismo grupo de personas de 60 años y más, ubicadas en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, con acceso a servicios de salud, a través del primer y segundo subsistemas de la seguridad social en el nivel contributivo, inclusive, en el tercer subsistema, a través del seguro popular de salud, por grupo quinquenal de edad y por institución pública de salud, la mostramos en la Tabla 18 siguiente.<sup>25</sup>

<sup>25</sup> Elaboración propia. Fuente: INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005. En esta tabla 18, la población total suma 619 personas, cuatro personas más que las 615 de la Tabla 17 anterior, ello en virtud de que existen personas que puedan acceder en el régimen de seguridad social, sea IMSS o ISSSTE al mismo tiempo. Nosotros tomamos como número del grupo de 60 y más años, el referente a la tabla 17 anterior, es decir 615 personas en este grupo ubicadas en la cabecera municipal. El mayor número de personas se encuentra comprendido en el tercer subsistema de protección social en salud, a través del seguro popular de salud y en relación con la tabla 17 supra, podemos inferir que todas las personas, es decir, las 615 tienen acceso a los servicios públicos de salud, por alguna de las instituciones expresadas en la tabla 18 infra.

Tabla 18. Personas por grupo de edad y con derechohabiencia o acceso a servicios públicos de salud ubicadas en la cabecera municipal de Dr. Arroyo NL.

<i>INSTIT.</i>	<i>60-64</i>	<i>65-69</i>	<i>70-74</i>	<i>75-99</i>	<i>100y más</i>	<i>Subtotal</i>
IMSS	45	42	37	41	1	166
ISSSTE	51	47	38	61	1	198
PEMEX	1	0	0	0	0	1
SEG.POP.	49	49	42	70	0	210
PRIV.	3	3	1	2	0	9
OTRA	12	10	3	10	0	35
TOTAL	161	151	121	184	2	619

Nos interesa ahora mostrar los datos correspondientes al grupo de personas de 60 años y más, por grupo de edad y sexo, que carecen o no tienen acceso a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, ubicadas en la cabecera municipal de Dr. Arroyo. En este grupo, también prevalece, en mayor proporción el número de hombres respecto al de mujeres, con excepción del grupo de 75 a 99 años, donde prevalecen en mayor número las mujeres, lo que visualizamos en la Tabla 19 siguiente.

Tabla 19. Personas de 60 años y más, sin acceso a los servicios públicos de salud, ubicadas en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, NL.

<i>Grupo de edad</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
60 a 64 años	69	43	26
65 a 69 años	59	31	28
70 a 74 años	72	38	34
75 a 99 años	86	40	46
100 y más años	1	0	1
Totales	287	152	135

Los datos contenidos en la tabla 17 anterior, nos muestran que en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, se ubican en el grupo de personas de 60 años y más, un total de 615 personas; de éste número, derivan 287 personas en estos grupos, de edad de acuerdo con la Tabla 19 anterior, que carecen o no tienen acceso a los servicios públicos de salud, lo que representa un 46 por ciento. De este grupo de 615 personas, se excluyeron 160 personas que integran el subgrupo de 60 a 64 años de edad, conforme con la misma tabla 17 supra, exclusión que obedece a que nuestro trabajo de campo, mediante la entrevista personal, se enfocó sólo a las personas de 65 años y más, por lo que la diferencia resultante, fue de 455 personas en los grupos quinquenales de 65 a 100 años y más.

Para delimitar nuestras personas a entrevistar, de este grupo de 455 personas, el 95 por ciento de ellas, es decir 435 personas, se ubican en las viviendas localizadas en las AGEB que denominamos A, B y C, y el 5 por ciento restante, o sea, 20 personas en este grupo, habitan en forma dispersa en las diversas AGEB, que integran la localidad o cabecera municipal.

Nuestro trabajo de campo se dirigió al grupo de 435 personas de este grupo de 65 años y más que habitan en las viviendas localizadas en las AGEB A, B y C, es decir, al 95 por ciento de referencia, sin conocer cuáles de ellas carecen de acceso a los servicios públicos de salud, de acuerdo con los datos estadísticos obtenidos del II Censo de Población y Vivienda 2005. Hasta aquí, nuestro estudio es analítico y descriptivo, con enfoque en el aspecto cuantitativo.

En el aspecto cualitativo de nuestro trabajo de campo, como podemos advertirlo, primero precisamos el universo objeto de estudio, es decir, la unidad de análisis fueron las 435 personas de 65 años y más, que habitan en las viviendas ubicadas en las AGEB A, B y C en la cabecera municipal.

Queremos expresar que nuestro trabajo de campo, no se limitó a una muestra seleccionada en la cabecera municipal, es decir, a selección aleatoria de grupo en número específico de personas de 65 años y más de las ubicadas en las AGEB,<sup>26</sup> sino que nos dimos la tarea de localizar, ubicar y conocer, mediante la técnica de barrido en todas y cada una de las viviendas que conforman las manzanas de cada

---

<sup>26</sup> Área Geoestadística Básica. Fuente INEGI, II Censo de Población y Vivienda, México 2005

una de las AGEB que describiremos adelante. En ellas se preguntó si vivían personas de 65 años o más y en las que fueron localizadas las personas, por habitar en las mismas, fueron entrevistadas, es decir, obtuvimos información en el total de las viviendas visitadas en las que habitan personas de 65 años y más.

Lo anterior es una de las razones por lo que nuestro trabajo de campo en su aspecto cualitativo es un estudio descriptivo y analítico, que no es representativo de la entidad municipal, pero que tiene, en la práctica, representatividad en el área urbana de la cabecera de dicho municipio.

Una vez determinado el grupo de personas a estudio, procedimos de manera previa, mediante reconocimiento de campo, a su ubicación geográfica en el ámbito urbano de la localidad o cabecera municipal. La unidad de selección fue cada una de las viviendas que integran las manzanas que conforman una AGEB y se visitaron manzanas y manzanas contiguas de las tres AGEB en la misma localidad.

En relación con la metodología, nuestro trabajo de campo es un estudio mixto, descriptivo y analítico en el grupo de personas de 65 años y más, mediante la realización de una entrevista personal, para la captura de información relacionada con indicadores sociodemográficos y de la protección social de la vejez. Para ello, elaboramos un cuestionario específico, con un total de 13 preguntas agrupadas en tres indicadores: uno de ellos referente al sexo, edad, estado civil y convivencia social; otro relativo a la protección social en el primer y segundo subsistemas de seguridad social en nivel contributivo y no contributivo, disfrute de pensión derivada de dichos subsistemas y ocupación actual; y un último grupo de preguntas, dirigido a la vivienda, servicios básicos, la escolaridad y la percepción de la salud.

Nuestro objetivo general fue localizar, ubicar, conocer y tratar directamente con las personas de 65 años y más, dónde viven y cómo están protegidas socialmente en cuanto a su derecho de la salud. Como objetivo específico, la percepción en la protección social en salud, en cuanto al acceso a la atención médica en instituciones públicas de salud, saber si disfrutaban o no de alguna pensión, ocupación actual si la tienen y cómo perciben su estado de salud las personas viejas entrevistadas; objetivo general y específicos que se encuentran vinculados con las dos dimensiones

de nuestra hipótesis, en relación con la insuficiencia en la protección social de la salud de la vejez o de las personas viejas.

Es importante que aclaremos, que de acuerdo con la información derivada del aspecto cuantitativo, en las tres AGEB citadas, se ubicaron 435 personas en los grupos de edad de 65 a 100 años y más. Por motivos de confidencialidad, el INEGI no proporcionó ni nombres ni domicilios, razón por la cual en el trabajo de campo fue necesario emplear la técnica de barrido y se visitaron todas y cada una de las viviendas que se ubican en las tres AGEB de referencia y en cada una de las viviendas, donde localizamos a personas en este grupo de edad, fueron entrevistadas en forma personal, sin asentar en el cuestionario datos referentes a nombres de persona, sólo los relativos a las preguntas contenidas y los datos de localización geográfica de la vivienda, en la manzana y en la AGEB y localidad.

De las 435 personas de este grupo de edad, sólo fueron localizadas, ubicadas y entrevistadas un total de 248 personas, es decir un 57 por ciento de las 435, sin haber dejado una sola vivienda sin barrer. La diferencia resultante es decir 186 personas, no fueron localizadas ni ubicadas. En este hallazgo inciden factores importantes: uno de ellos es que la información cuantitativa corresponde al 2005, es decir, de hace casi cinco años anteriores a la fecha en que realizamos el trabajo de campo. En dicho período, el indicador de mortalidad en este grupo, es otro factor relacionado con el mismo hallazgo, si tomamos en cuenta que en el nivel general de las tres AGEB, el 26 por ciento de las personas entrevistadas, en relación con el estado civil, dijo estar viuda; y otro factor, es la migración de personas en este grupo de edad, hacia el área metropolitana en Monterrey, para vivir con hijos u otros familiares.

En la tabla 20 siguiente, ilustramos en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, el área geográfica donde ubicamos nuestro universo de personas a entrevistar en nuestro trabajo de campo, es decir, el grupo de personas de 65 años y más con un total de 435 personas, que habitan en las áreas que se integran por las AGEB A - 052-8- , B -054-7- y C -055-1-

Tabla 20. Cabecera municipal de Dr. Arroyo, NL, con descripción de AGEB.



En la tabla 20 anterior, en el centro del mapa, con color morado, se ubican de norte a sur las AGEB A, en el centro la AGEB B y al sur la AGEB C, en las que se sitúan un grupo de personas de 137, 159 y 139 en cada una de ellas, respectivamente, con un total de 435 personas de 65 años o más, que es nuestro universo objeto de este trabajo de campo. Las restantes AGEB, no formaron parte del trabajo de campo, por el menor número de personas en este grupo de edad y su dispersión y en las AGEB en color negro, no existen construcciones ni viviendas.

Los resultados y hallazgos del trabajo de campo, en relación con las respuestas a los indicadores contenidos en el cuestionario que utilizamos para la entrevista, los presentamos a continuación, de manera específica, en cada AGEB, mediante tablas que contienen mapas visuales de cada una de las AGEB y en ellas, la localización

de viviendas en las que habitan las personas entrevistadas. Posteriormente abordaremos también, mediante tablas gráficas, los resultados y hallazgos en forma general de las tres AGEB y algunas conclusiones.

En la AGEB A, el total de personas localizadas y entrevistadas fue 101, de ellas, 58 hombres y 43 mujeres: el 64 por ciento de ellas se ubica en el grupo de edad de 65- 75 años, un 18 por ciento en el de 75-80 años y el 18 por ciento restante, en el grupo de 80 años y más. En relación con el estado civil: predomina un 64 por ciento, casada; un 23 por ciento, viuda; un 3 por ciento, soltera: un 3 por ciento, divorciada y un 7 por ciento, en unión libre. Respecto de la convivencia, es decir, con quienes habitan o conviven: el 50 por ciento, en matrimonio con su pareja; el 32 por ciento, cónyuge supérstite con hijos y un 18 por ciento, con otros: familiares, vecinos o sólo.

Respecto de la protección social y el acceso a la atención médica de los servicios públicos de salud, el 57 por ciento, accesa a los servicios públicos de salud en el Sistema Estatal de Salud -hospital y unidades médicas de SS y SESA- el 13 por ciento, al IMSS; el 7 por ciento, al ISSSTE; un 3 por ciento, a servicios municipales de salud a través del DIF y el 20 por ciento restante, no tiene acceso a los servicios públicos de salud.

En relación con el disfrute de una pensión, proveniente del primer y segundo subsistema de seguridad social en el nivel contributivo: el 85 por ciento, no recibe pensión y sólo un 15 por ciento, recibe pensión. Las 11 personas que reciben pensión expresaron que los montos no son suficientes, porque es poco dinero mensual. Respecto de la ocupación actual: el 43 por ciento, se dedica a actividades del hogar o casa; un 18 por ciento, a actividades agrícolas; 17 por ciento, no tiene ocupación actual; un 9 por ciento, se dedica al negocio o comercio propio -tienda de abarrotes, fruterías, farmacia, restaurante o posadas- un 6 por ciento, es pensionado y el 7 por ciento restante, expresó otras -vende dulces, cigarros en la calle-

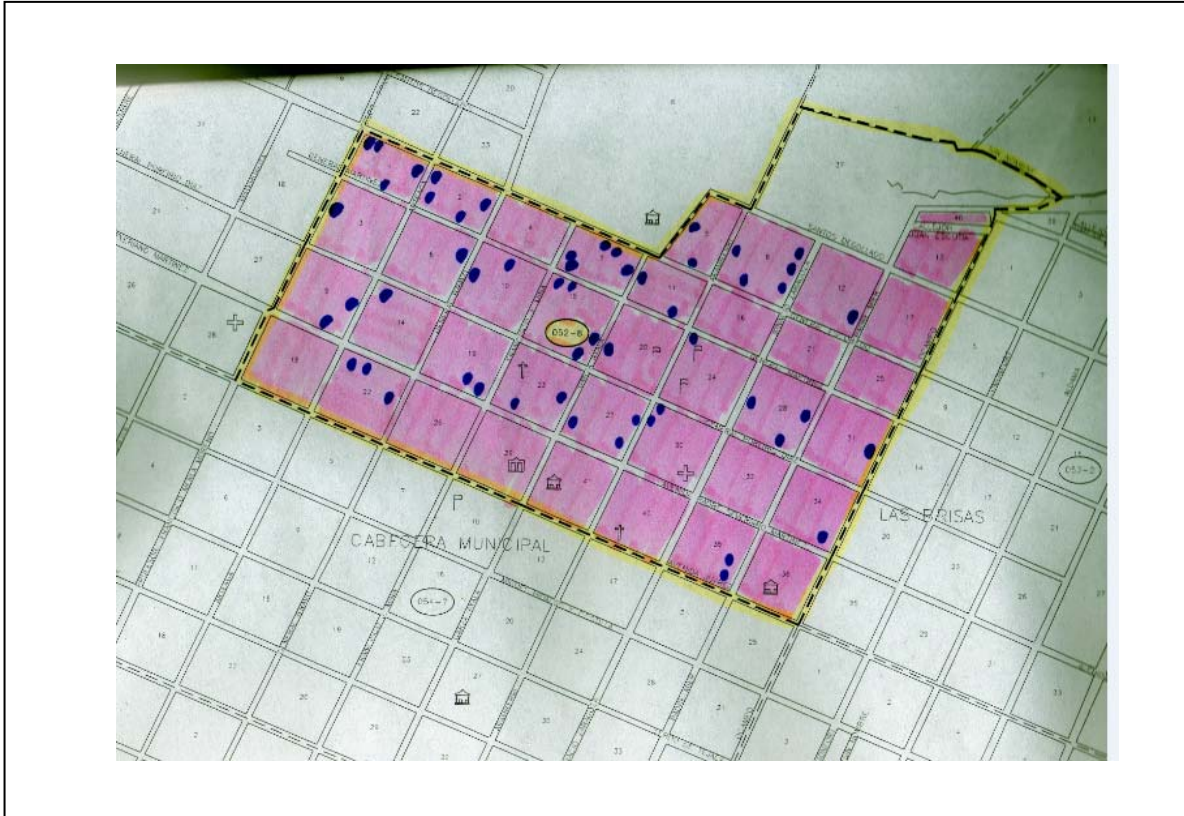
En cuanto a la percepción de su salud: el 54 por ciento, dijo estar malo o padecer alguna enfermedad como diabetes –azúcar- o presión alta; el 33 por ciento, expresó estar normal o buena salud, porque no padece enfermedades y puede moverse físicamente y el 13 por ciento restante, dijo tener muy buena salud.

En relación con las causas que han contribuido, para tener la edad o años que expresó: el 40 por ciento, se refirió a la alimentación -no comen dulces ni papitas ni fritos- el 21 por ciento, lo atribuyó a la actividad física o trabajo que realizan; el 30 por ciento, al medio ambiente y salud -se ubican en áreas rurales o agrícolas- que les permiten moverse y tener actividad física y un 9 por ciento, dijo que gracias a Dios. Respecto de la vivienda: el 43 por ciento, tiene casa propia; un 51 por ciento, vive en casa de renta y el 6 por ciento restante, en otra, la de un familiar o vecino. En general, entre el 80 y 90 por ciento las viviendas cuentan con servicios básicos de agua, luz y drenaje; entre un 10 y un 20 por ciento, carecen de dichos servicios básicos y la construcción de las viviendas es de concreto, ladrillo y adobe, refieren que batallan con suministro de agua potable pues hay días y semanas que no tienen agua.

En cuanto a la escolaridad: el 80 por ciento, sabe leer y escribir y refieren haber cursado la primaria del primer al tercer grado, en este porcentaje se ubica un 14 por ciento que dijo contar con estudios de profesor, por haber terminado la normal o una carrera comercial o técnica y el 20 por ciento restante, no sabe leer ni escribir. La AGEB A, con la ubicación de las viviendas por manzana y las personas que en ellas habitan y fueron entrevistadas, con puntos en color azul, se muestran en la Tabla 21 siguiente.



Tabla 21. AGEB A



En la tabla 22 siguiente, nos permitimos reseñar los resultados obtenidos en la AGEB B. El total de personas localizadas y entrevistadas fue 83, de ellas 43 hombres y 40 mujeres: el 70 por ciento, se ubica en el grupo de edad de 65-75 años; un 18 por ciento, en el de 75-80 años y el 12 por ciento restante, en el grupo de 80 años y más.

En relación con el estado civil: predomina un 67 por ciento, casada; un 24 por ciento, viuda; un 2 por ciento, divorciada y un 7 por ciento, en unión libre. Respecto de la convivencia, es decir con quienes habitan o conviven: el 33 por ciento, en matrimonio con su pareja; el 51 por ciento, cónyuge supérstite con hijos, y un 16 por ciento, con otros: familiares, vecinos o sólo, de éstos últimos, sólo un 6 por ciento.

Respecto de la protección social y el acceso a la atención médica de los servicios públicos de salud, el 44 por ciento, accesa a los servicios públicos de salud en el Sistema Estatal de Salud -hospital y unidades médicas de SS y SESA- el 17 por ciento, al IMSS; el 17 por ciento, al ISSSTE; un 4 por ciento, a servicios municipales de salud a través del DIF; un 3 por ciento a otra, refieren particular, de la iglesia o dispensario y el 15 por ciento restante, no tiene acceso a los servicios públicos de salud.

En relación con el disfrute de una pensión, proveniente del primer y segundo subsistemas de seguridad social en el nivel contributivo: el 82 por ciento, no recibe pensión y sólo un 18 por ciento, recibe pensión. De las 6 personas que reciben pensión, 4 expresaron que los montos no son suficientes, porque es poco el dinero mensual y sólo alcanza para comer y las 2 restantes, expresaron que si era suficiente. Respecto de la ocupación actual: el 35 por ciento, se dedica a actividades del hogar o casa; un 23 por ciento, a actividades agrícolas; el 17 por ciento, no tiene ocupación actual; un 10 por ciento, se dedica al negocio o comercio -tienda propia, farmacia o restaurante- un 7 por ciento, es pensionado y el 8 por ciento restante, expresó otras -vende dulces, cigarros, naranjas, cacahuates en la calle-

En cuanto a la percepción de su salud: el 46 por ciento, dijo estar malo o padecer alguna enfermedad como diabetes –azúcar- o presión alta; el 53 por ciento, expresó estar normal o buena salud, porque no padece enfermedades y el 1 por ciento restante, dijo tener muy buena salud.

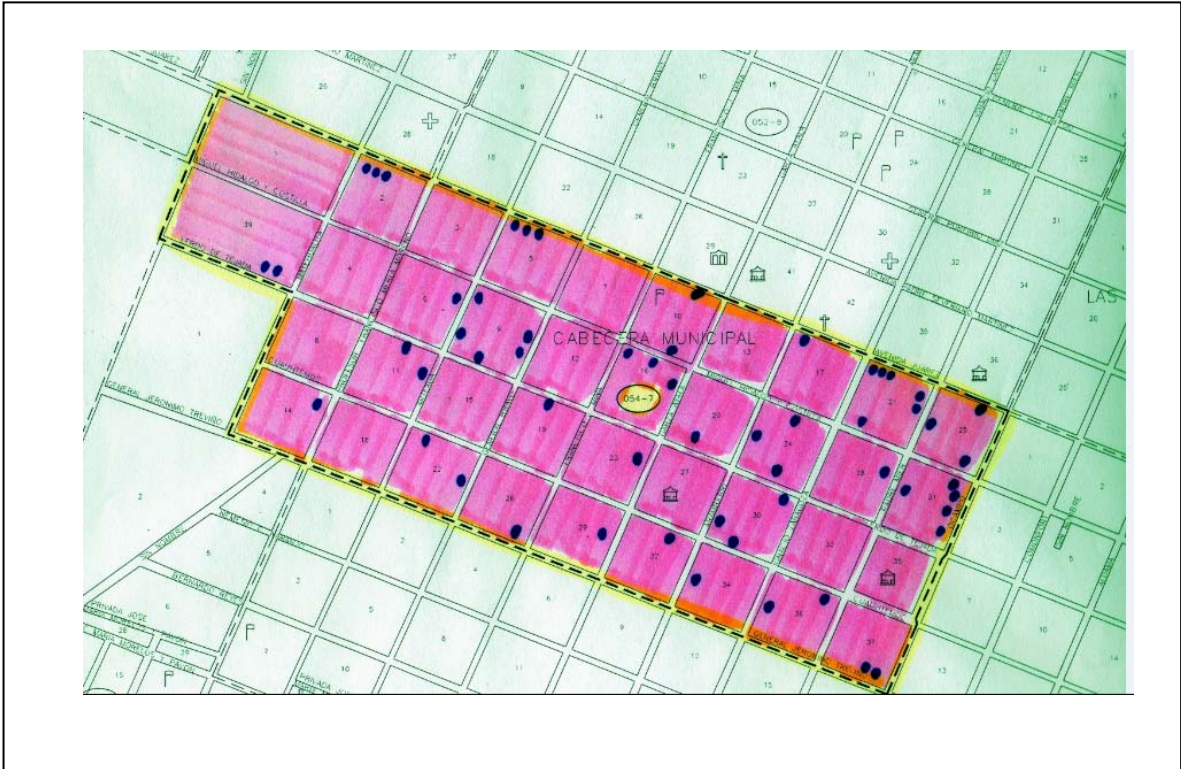
En relación con las causas que han contribuido para tener la edad o años que expresó: el 63 por ciento, se refirió a la alimentación -no comen dulces ni papitas, ni fritos, comida chatarra- el 21 por ciento, lo atribuyó a la actividad física o trabajo que realizan; el 12 por ciento, al medio ambiente y salud -se ubican en áreas rurales o agrícolas- que les permite moverse y tener actividad física y un 4 por ciento, dijo que gracias a Dios.

Respecto de la vivienda: el 43 por ciento, tiene casa propia; un 50 por ciento, vive en casa de renta y el 7 por ciento restante, en otra -la de un familiar

o vecino- En general entre el 80 y 95 por ciento las viviendas, cuentan con servicios básicos de agua, luz y drenaje, entre un 5 y un 20 por ciento carecen de dichos servicios básicos y la construcción de las viviendas es de concreto, ladrillo y adobe.

En cuanto a la escolaridad: El 85 por ciento, sabe leer y escribir y refieren haber cursado la primaria del primer al tercer grado, en este porcentaje se ubica un 12 por ciento, que dijo contar con estudios de profesor por haber terminado la normal o carrera comercial o técnica y el 15 por ciento restante, no sabe leer ni escribir. La AGEB B, con la ubicación de las viviendas por manzana y las personas que en ellas habitan y fueron entrevistadas, con puntos en color azul se muestran en la Tabla 22 siguiente.

Tabla 22. AGEB B



En la tabla 23 siguiente, nos permitimos reseñar los resultados obtenidos en la AGEB C. El total de personas localizadas y entrevistadas fue 64, de ellas 30 hombres y 34 mujeres: el 55 por ciento, se ubica en el grupo de edad de 65 - 75 años; un 20 por ciento, en el de 75-80 años y el 25 por ciento restante, en el grupo de 80 años y más. En relación con el estado civil: predomina un 53 por ciento, casada; un 34 por ciento, viuda; un 2 por ciento, divorciada; un 4 por ciento, soltera y el 7 por ciento restante, en unión libre.

Respecto de la convivencia, es decir, con quienes habitan o conviven: el 45 por ciento, en matrimonio con su pareja; el 40 por ciento, cónyuge supérstite con hijos; un 9 por ciento, con otros: familiares o vecinos y el 6 por ciento restante, vive sólo.

En relación con la protección social y el acceso a la atención médica de los servicios públicos de salud, el 65 por ciento, accesa a los servicios públicos de salud en el Sistema Estatal de Salud -hospital y unidades médicas de SS y SESA- el 7 por ciento, al IMSS; el 14 por ciento, al ISSSTE; el 1 por ciento, a servicios municipales de salud a través del DIF y el 13 por ciento restante, no tiene acceso a los servicios públicos de salud. En relación con el disfrute de una pensión proveniente del primer y segundo subsistema de seguridad social en el nivel contributivo: el 95 por ciento, no recibe pensión y sólo un 5 por ciento, recibe pensión; de las 7 personas que reciben pensión, 3 expresaron que los montos no son suficientes porque sólo les alcanza para comer y las 4 restantes, expresaron que si era suficiente.

En cuanto a la ocupación actual: el 44 por ciento, se dedica a actividades del hogar o casa; un 15 por ciento, a actividades agrícolas; el 28 por ciento, no tiene ocupación actual; un 6 por ciento, se dedica al negocio o comercio propio -tienda, frutería, abarrotes, farmacia, restaurante o fonda- un 4 por ciento, es pensionado y el 3 por ciento restante, expresó otras -vende dulces, cigarros, naranjas, chicles, semillitas, en la calle-

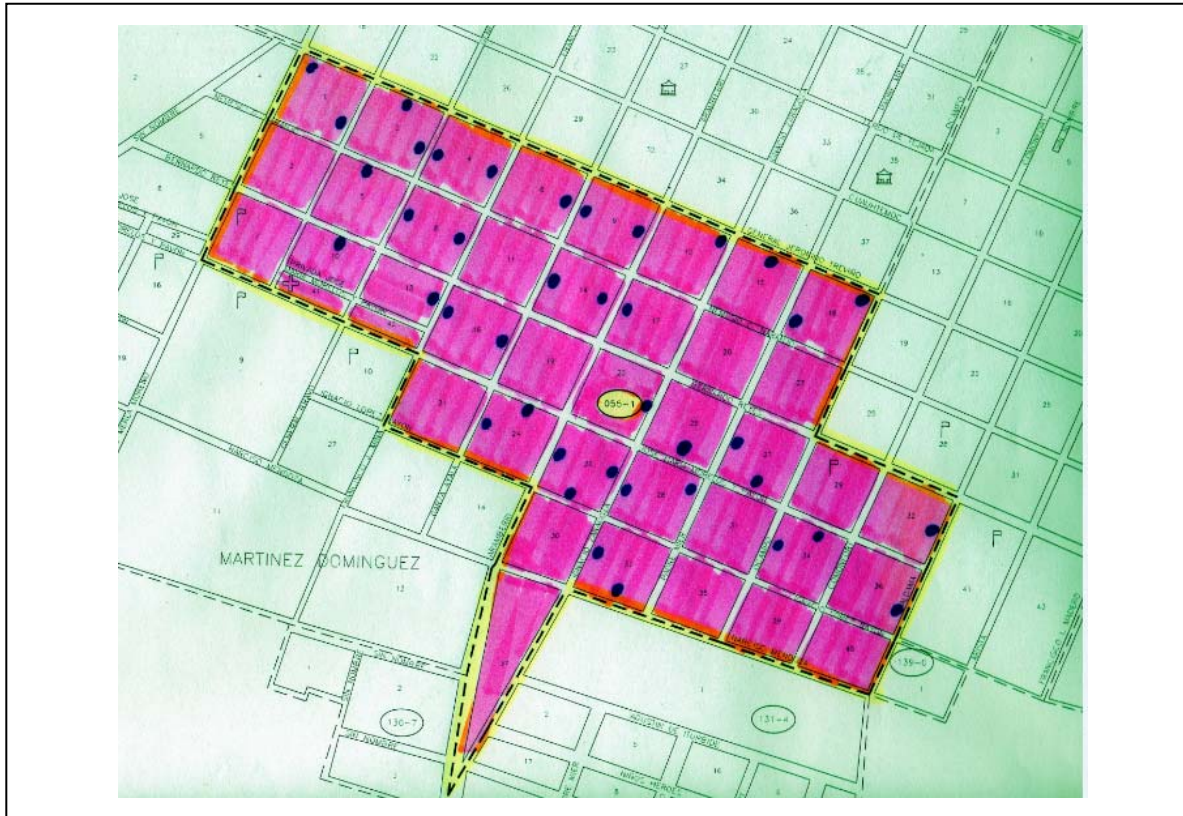
Respecto de la percepción de su salud: el 42 por ciento, dijo estar malo o padecer alguna enfermedad como diabetes –azúcar- o presión alta, no oye bien

y a veces le falla la vista; el 53 por ciento, expresó estar normal o buena salud, porque no padece enfermedades y el 5 por ciento restante, dijo tener muy buena salud. En relación con las causas que han contribuido para tener la edad o años que expresó: el 38 por ciento, se refirió a la alimentación -no comen dulces ni papitas ni fritos, comida chatarra- el 24 por ciento, lo atribuyó a la actividad física o trabajo que realizan; el 22 por ciento, al medio ambiente y salud -actividades en el campo- que les permiten moverse y tener actividad física; un 9 por ciento dijo que gracias a Dios y el 7 por ciento restante, no sabe.

En relación con la vivienda: el 80 por ciento, tiene casa propia; un 3 por ciento, vive en casa de renta y el 17 por ciento restante, en otra -la de un familiar o vecino- En general, entre el 80 y 90 por ciento de las viviendas, cuentan con servicios básicos de agua, luz y drenaje; entre un 10 y un 20 por ciento, carecen de dichos servicios básicos, también refirieron que batallan con el agua potable, pues no todos los días tienen agua y también se las cobran y tienen que pagar aunque no siempre tengan agua; la construcción de las viviendas es de concreto, ladrillo y adobe.

En cuanto a la escolaridad: el 74 por ciento, sabe leer y escribir y refieren haber cursado la primaria del primer al tercer grado; en este porcentaje se ubica un 27 por ciento, que dijo contar con estudios de profesor, por haber terminado la normal o carrera comercial o técnica y el 26 por ciento restante, no sabe leer ni escribir. La AGEB C, con la ubicación de las viviendas por manzana y las personas que en ellas habitan y fueron entrevistadas, con puntos en color azul, las mostramos en la Tabla 23 siguiente.

Tabla 23. AGEB C



En forma previa a los resultados, hallazgos y deducciones en términos generales de la tres AGEB, obtenidos en el trabajo de campo, consideramos importante hacer referencia a la existencia actual de la infraestructura hospitalaria y médica con la que se cuenta en la cabecera del Municipio de Dr. Arroyo, a la cual accesan las personas, para recibir la atención médica de los servicios públicos de salud. Para ello, acudimos a dos fuentes: la primera el Anuario Estadístico de Nuevo León 2009,<sup>27</sup> que corresponde a información actualizada a 2008 y la segunda, que deriva de nuestro trabajo de campo: en forma personal se visitaron el Hospital General Dr. Arroyo, las unidades médicas del IMSS, ISSSTE, dos centros de salud urbanos, que pertenecen al Sistema Estatal de Salud de Nuevo León, en el que se comprende a la Secretaría de Salud en el Estado y a los Servicios de Salud de Nuevo León y el DIF municipal;

<sup>27</sup> INEGI, Anuario Estadístico de Nuevo León, 2009. Es importante decir que los datos y estadísticas contenidas en este anuario, son proporcionadas por las instituciones públicas de salud, IMSS, ISSSTE, SESA y sólo son revisados y editados por el INEGI.

De esta manera, la infraestructura hospitalaria y médica, se describe a continuación.

Del anuario estadístico,<sup>28</sup> obtuvimos: en relación con hospitales y unidades médicas de consulta externa en el municipio: un total de 41 unidades médicas, de las cuales 1 corresponde al IMSS; 1, al ISSSTE; 37, a los SSNL; 2, al DIF y una unidad de hospitalización o hospital general de los Servicios de Salud de NL.

En relación con el personal médico en dicho municipio:<sup>29</sup> un total de 82 médicos, de los cuales, 2 pertenecen al IMSS, 2 al ISSSTE y 78 a los Servicios de Salud de NL; el DIF, no registra médicos. No se encontró dato referente al número de enfermeras o personal administrativo en dicho municipio. En el total de médicos, se aclara que, incluye a médicos generales, especialistas, residentes, pasantes, odontólogos y en otras labores.

Durante la realización de nuestro trabajo de campo, en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, encontramos:

1 Hospital general de 30 camas censables, ubicado en calle Benito Juárez sin número esquina con Severiano Martínez: personal médico: 13 médicos de base, 1 médico del seguro popular, 7 contratados por honorarios, 8 internos y 7 médicos pasantes, total 36; enfermeras 44 y 10 pasantes, total 54 y personal administrativo. El hospital proporciona servicios de salud a la persona en el primer y segundo nivel, no obstante que no cuenta con servicios del tercer nivel o de alta especialidad, funciona como hospital regional, pues atiende a población de diferentes municipios de la región sur del Estado, como Arramberri, Galeana, Mier y Noriega, Zaragoza e Iturbide y además, a diversas localidades de sur del Estado de Tamaulipas y San Luis Potosí. Proporciona servicios de salud de segundo nivel a derechohabientes del IMSS e ISSSTE mediante convenio de subrogación.

Este hospital en origen, correspondía a la Secretaría de Salud en el nivel federal. Fue construido en 1990 y mediante procesos de descentralización

---

<sup>28</sup> Idem. No se advierte dónde se encuentran ubicadas las 37 unidades médicas de consulta externa, si se advierte que no existen unidades médicas del programa IMSS Oportunidades. Rubro de consulta *Unidades Médicas en servicio de las instituciones públicas del sector salud por municipio y nivel de operación según régimen e institución, al 31 de diciembre de 2008.*

<sup>29</sup> Idem. En el rubro: *personal médico de las instituciones públicas del sector salud, por municipio, según régimen e institución, al 31 de diciembre de 2008.*

administrativa, se traspasó al SESA en Nuevo León. Su organización, operación y funcionamiento depende del Sistema Estatal de Salud en Nuevo León, en específico, de la Secretaría de Salud en el Estado.

2 Centros de Salud urbanos o unidades médicas de consulta externa, pertenecientes a la Secretaría de Salud de NL, ubicados en Severiano Martínez. Uno de ellos fue construido recientemente, en 2006, y cuenta además con un módulo de afiliación al seguro popular de salud. Cada uno de ellos cuenta con 2 médicos generales y 2 odontólogos, 2 enfermeras y una trabajadora social. Los servicios de salud que se proporcionan, son el del primer nivel de atención médica, entre ellos, medicina preventiva, consultas generales, salud bucodental, promoción de la salud.

Los centros de salud, se encuentran abiertos de lunes a viernes de cada semana de las 8:00 horas a las 14:30 horas. En atención a su ubicación geográfica, se divide la atención médica de la población por sectores, al centro de salud más antiguo corresponden los sectores 1 y 2, y al segundo centro de salud, los sectores 3 y 4 del municipio. Los servicios de salud de segundo nivel, son referidos al Hospital General.

1 Unidad médica del IMSS, unidad de medicina familiar número 55, ubicada en calle Francisco I. Madero sin número, esquina con General Martínez. Fue instalada hace aproximadamente 20 años y cuenta con 2 médicos, 3 enfermeras y personal administrativo, en área de almacén y farmacia. Los horarios de atención médica son de lunes a viernes en un horario de las 8:00 a las 20:00 horas, es decir, dos turnos. Los servicios de salud que se proporcionan, son del primer nivel de atención, en los supuestos de servicios de salud del segundo nivel de atención médica de urgencias, son referidos al Hospital General, pues tiene celebrado convenio de subrogación de servicios médicos de segundo nivel con dicho hospital y los no urgentes, se refieren a hospitales o clínicas del IMSS en Monterrey.

1 Unidad médica del ISSSTE, unidad de medicina familiar, ubicada en calle Morelos sin número, esquina con Arteaga, cuenta con 2 médicos y 3 enfermeras, prestan servicios del primer nivel de atención de lunes a viernes de las 8:00 a las 20:00 horas, es decir, dos turnos. En los supuestos de servicios de salud del segundo nivel de urgencias, son referidos al Hospital General de dicho municipio,



pues existe convenio de subrogación de servicios médicos de segundo nivel. La atención médica no urgente o programada, se refiere a hospitales y clínicas del ISSSTE en Monterrey.

En el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del municipio, no encontramos unidades médicas o consultorios, sólo un departamento de salud que no cuenta con personal médico o de enfermería adscrito y una unidad de rehabilitación física, así como el servicio de ambulancia para atención médica urgente.

Las 242 localidades rurales de Dr. Arroyo reciben servicios públicos de salud de atención médica en el primer nivel de atención,<sup>30</sup> mediante unidades móviles o itinerantes de salud. Existen 10 unidades móviles de salud, que se destinan a las diferentes localidades rurales de Dr. Arroyo y de los demás municipios de la región sur del estado, que conforman la Jurisdicción Sanitaria número 8, de los Servicios de Salud de Nuevo León. Además, tres unidades móviles que corresponden al programa Caravanas de la salud

Con este panorama de la infraestructura hospitalaria y médica y si tomamos en cuenta que la población en Dr. Arroyo a 2005 fue de 33, 269 habitantes, en relación con la existencia actual de personal médico y para ello, partimos de 82 médicos conforme reporta el anuario estadístico de referencia, resulta la existencia de .4 médicos por cada mil habitantes, es decir, que no existe ni un médico por cada mil habitantes, aunado a ello, la mayor parte del personal médico se ubica en el Hospital General, en el cual, además de la población de Dr. Arroyo, se atiende a una población usuaria del segundo nivel de atención médica de distintos municipios de la región sur del estado y a personas que viven localidades rurales cercanas y colindantes del estado de Tamaulipas y San Luis Potosí, así como a los derechohabientes del IMSS e ISSSTE, que son referidos en atención a los convenios de subrogación de servicios médicos de segundo nivel de atención.

Esta insuficiencia de personal de médico priva, no sólo en dicho municipio de la región sur del estado, pues en Monterrey y su zona metropolitana a 2008, también

---

<sup>30</sup> También existen en las localidades rurales lo que se conoce como *casa de salud o centro rural de salud*, los que cuentan con médicos o enfermeras pasantes que realizan su servicio social y los servicios de salud, son esencialmente de consulta externa o primer nivel de atención médica.

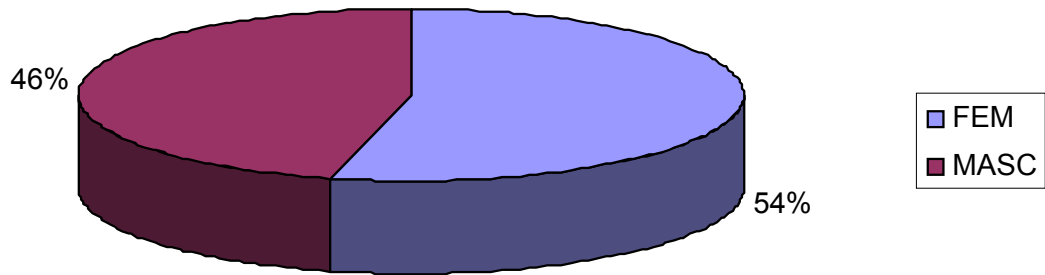
existían solo 1.3 médicos por cada mil habitantes, insuficiencia admitida también en el nivel nacional por la Secretaría de Salud en 2008, no obstante que según las recomendaciones de la OCDE, deberían existir cuando menos, 3 médicos y 6 enfermeras por cada mil habitantes, respectivamente.

A continuación, nos permitimos visualizar en las Tablas de la 24 a la 29 siguientes, en términos generales, los porcentajes concentrados de las 13 AGEB, para cada uno de los indicadores especificados en el cuestionario, elaborado para la entrevista al grupo de personas de 65 años y más localizadas en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, que dejamos anteriormente descritas, para cada una de las AGEB, cuyos resultados, los visualizamos en las gráficas contenidas en las tablas expresadas.

En forma posterior, haremos referencia a los hallazgos y deducciones del trabajo de campo, que desde nuestra perspectiva son importantes; a las inferencias generales que relacionamos con la hipótesis planteada y sus dos dimensiones y que consideramos necesaria su referencia, en forma previa a las conclusiones que vinculamos con la hipótesis planteada y las dos dimensiones de la misma.

Tabla 24. Indicadores por sexo y edad

### 1. SEXO



### 2. EDAD

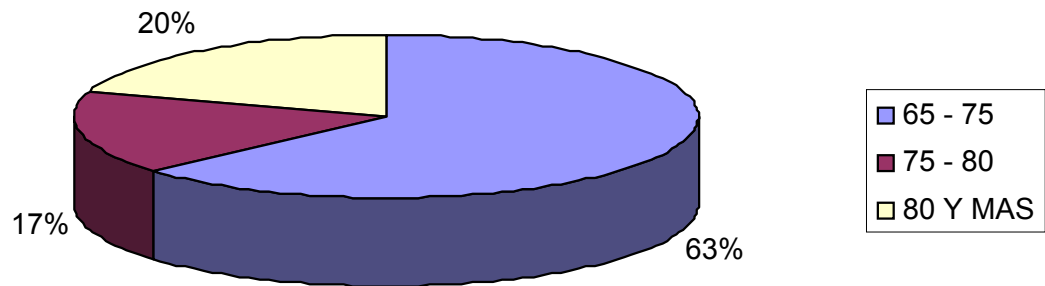
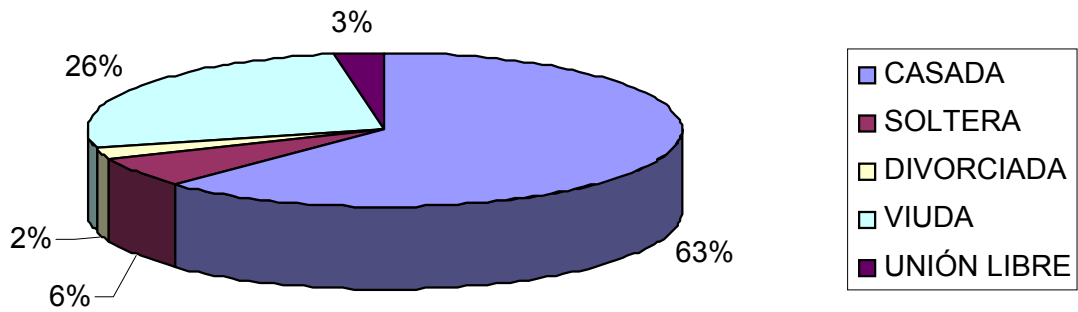


Tabla 25. Indicadores de estado civil y convivencia

### 3. ESTADO CIVIL



### 4. TIPO DE CONVIVENCIA

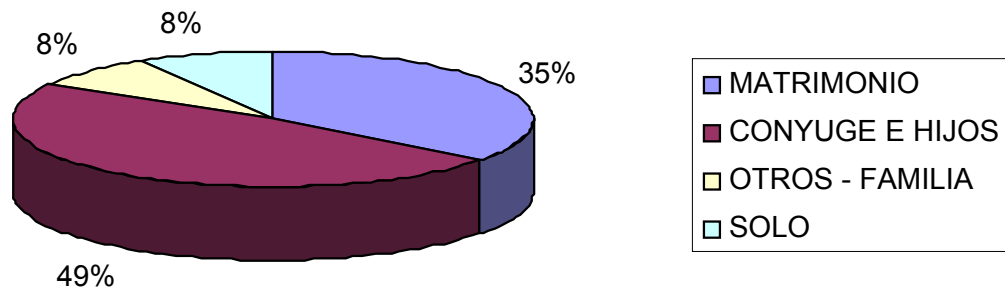


Tabla 26. Indicadores de acceso a los servicios públicos de salud, en los tres subsistemas de protección social en salud y otros y disfrute de pensión derivada de los subsistemas de seguridad social en el nivel contributivo

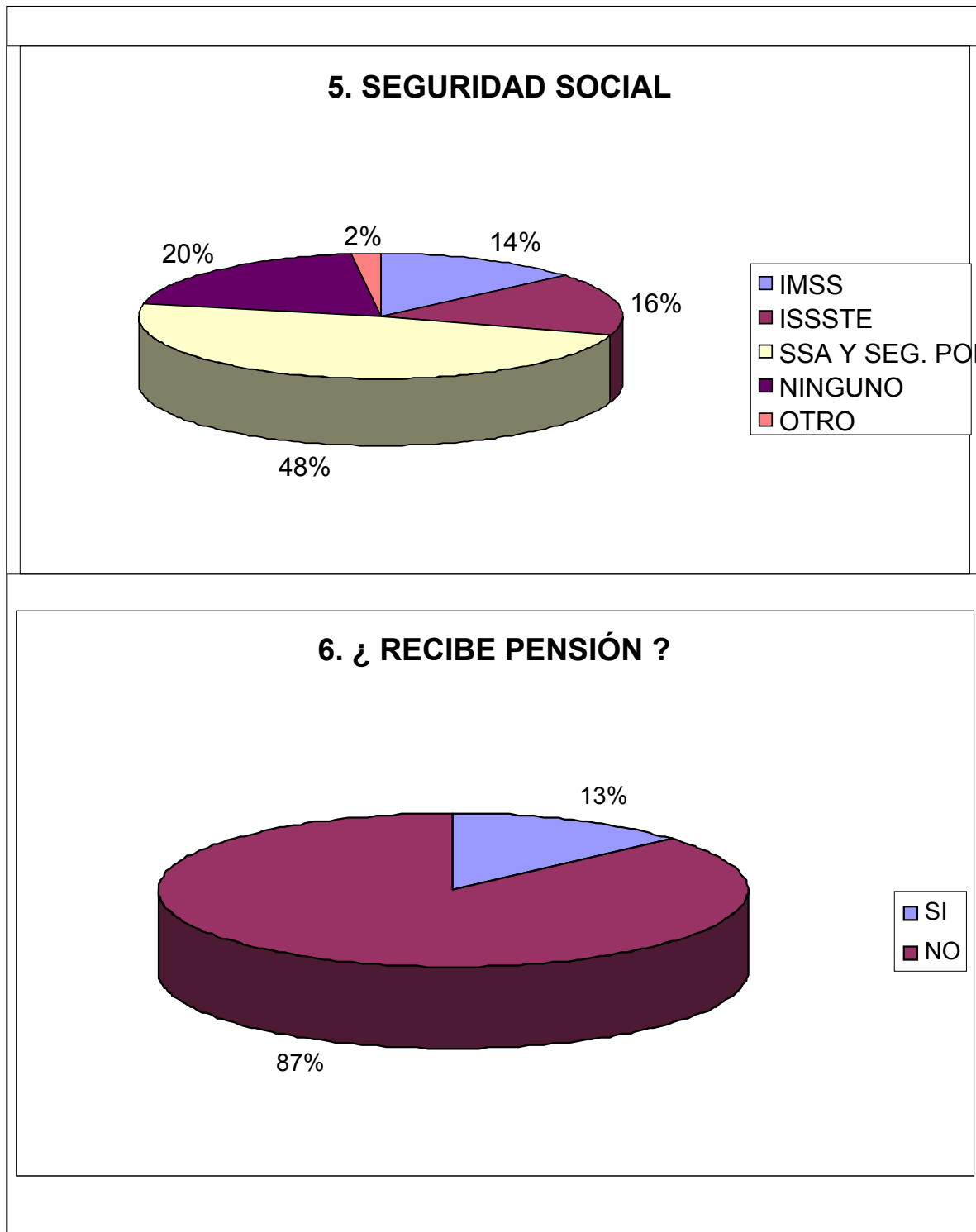
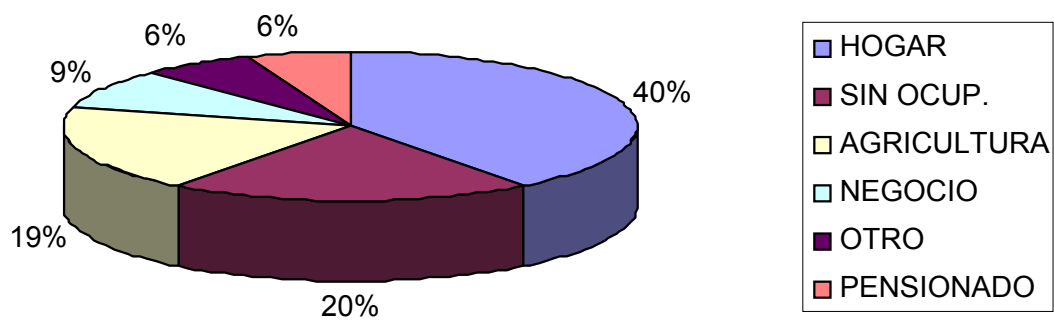


Tabla 27. Indicadores de ocupación actual y percepción de la salud

### 7. OCUPACIÓN



### 8. ¿ CÓMO ES SU SALUD ?

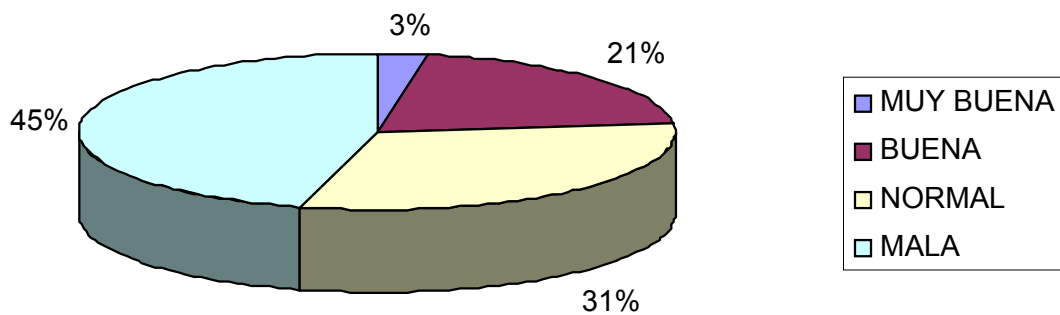


Tabla 28. Causas que han contribuido a tener o llegar a la edad que expresa y vivienda.

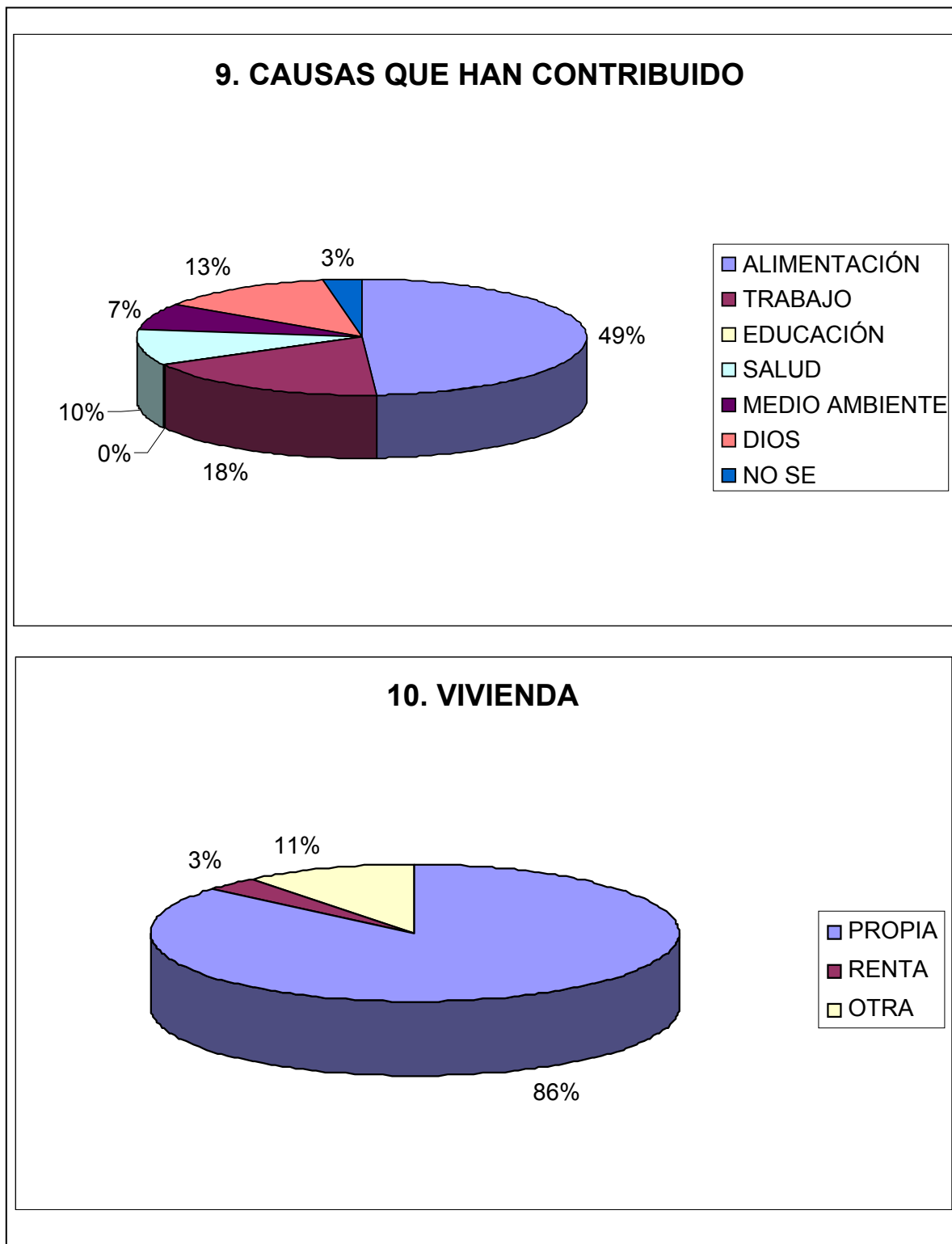
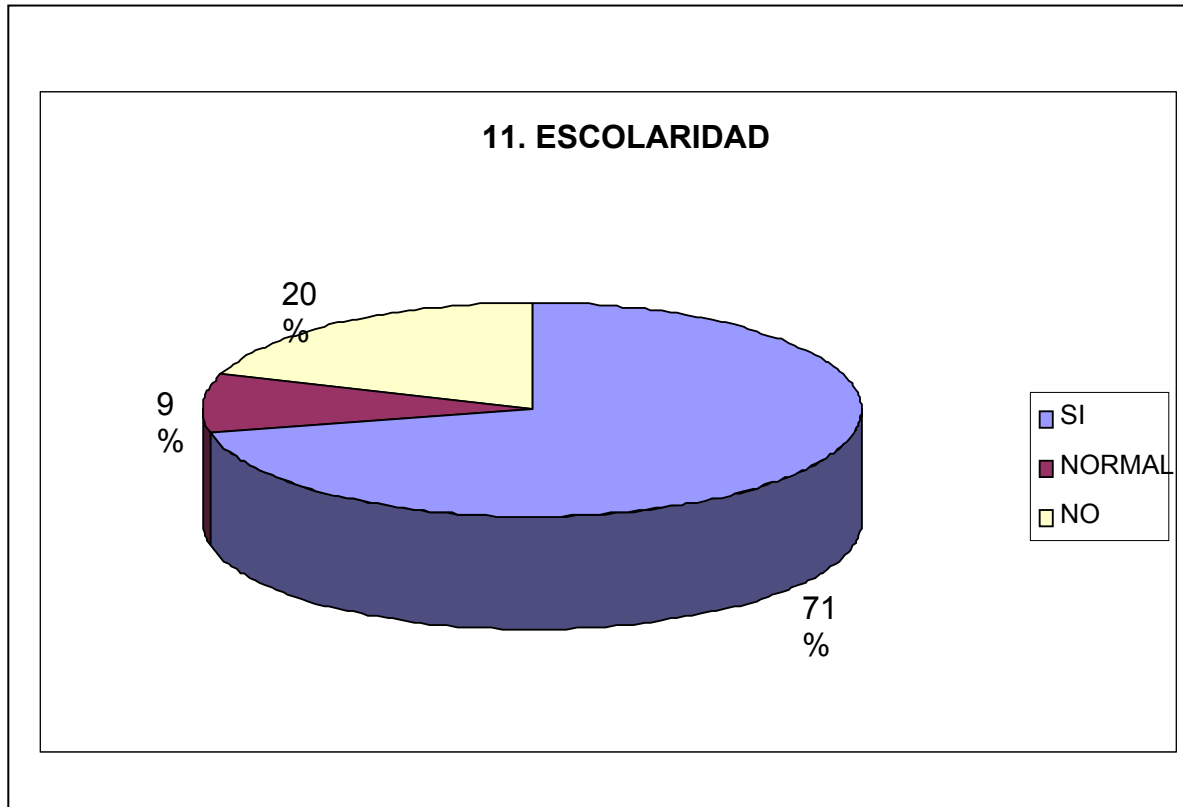


Tabla 29. Indicador de escolaridad



De las tablas anteriores, como resultado global y concentrado de las tres AGEB, podemos concluir: en la Tabla 24, en relación con el sexo, predomina en mayor porcentaje el de mujeres, lo que es coincidente en el nivel del estado y en el nivel nacional, de allí que la estadística y la literatura en materia de adultos mayores, refiera que es mayor el indicador de esperanza de vida en las mujeres, en relación con los hombres, pues viven en promedio de 3 a 5 años más; inclusive que se exprese, que en el nivel nacional, la vejez tiene rostro de mujer.

En relación con la edad, el mayor porcentaje de personas se ubica en el grupo de 65 a 75 años, seguido del grupo de 80 años y más y en un tercer lugar, el grupo de 75 a 80 años y más. Ello refleja, que existe un mayor número de personas viejas entre los 80 y más años de edad, en relación con los dos grupos anteriores.

En la tabla 25, en relación con el estado civil de las personas y el núcleo de convivencia social, en el primero predominó el estado civil de casada, es decir 6 de cada diez personas entrevistadas, viven en pareja como matrimonio. Y llamó nuestra



atención el porcentaje general del 26 por ciento, como personas viudas, un indicador que se reflejó en la disminución de las personas en este grupo de edad, en el total de 435, conforme al INEGI y a las 248 personas encontradas.

Respecto de la convivencia social, prevalece un alto porcentaje de convivencia familiar, pues el 49 por ciento, se conforma por un cónyuge sobreviviente que vive con sus hijos y un 35 por ciento, en pareja, de lo que inferimos que existe cohesión en el núcleo familiar.

En la tabla 26, relativa al acceso de la atención médica de los servicios de salud a la persona, en los subsistemas de la seguridad social y en el subsistema de protección social de la salud, a través del seguro popular de salud; así como el disfrute de una pensión proveniente de los subsistemas de seguridad social, observamos: que el IMSS e ISSSTE proporcionan servicios de salud en un 14 y un 16 por ciento, respectivamente. Ello refleja un menor número de personas con derecho en estas instituciones, pues quienes tienen derecho en especial al IMSS, lo refieren porque un hijo o familiar los tiene inscritos como beneficiarios. En el caso del ISSSTE, prevalece la misma situación, con la observación que en él se comprenden algunos asegurados directos, que disfrutaban de una pensión por haber sido jubilados o pensionados como maestros. El 48 por ciento de las personas, tiene cobertura o puede acceder a servicios de salud, a través del tercer subsistema de protección social en salud y seguro popular de salud, que implica una mayor cobertura; sin embargo, aún existe un 20 por ciento que carece o no tiene acceso a servicios públicos de salud.

Lo anterior es coincidente con los datos estadísticos, obtenidos mediante el análisis cuantitativo que reflejamos en la Tabla 14, referente a un 25 por ciento de las personas de 60 años y más, sin acceso a servicios de salud en el municipio, con la aclaración que este 20 por ciento, de personas de 60 años y más, que carece de acceso a los servicios públicos de salud, sólo corresponde a la cabecera municipal y no a todo el municipio.

Respecto del disfrute de una pensión los porcentajes son determinantes, pues el 87 por ciento, no tiene ni recibe este tipo pensión y el 13 por ciento restante la obtiene por ser pensionado directo o beneficiario.

En la tabla 27, referente a la ocupación actual y la percepción de su salud, es importante que destaquemos que en los resultados generales, un 40 por ciento se ocupa de labores propias del hogar o casa habitación, y si bien existe un 20 por ciento que no tiene ocupación actual o sin ocupación –nada- este porcentaje se rebasa, en mucho, por un 34 por ciento de las personas que aún permanecen económica y físicamente activas, pues un 19 por ciento, se ocupa o dedica actualmente a las labores agrícolas o del campo, como la siembra o pastoreo de ganado; un 9 por ciento, se dedica al comercio propio, pues atienden una tienda, una farmacia, un restaurante o fonda de alimentos propias e inclusive existe un 6 por ciento, que se dedica a otras actividades como la venta en la calle de cigarros, dulces, naranjas.

Este indicador de ocupación actual, se encuentra vinculado con la percepción de la salud por los entrevistados, pues si bien, un 45 por ciento dijo percibir su salud física como mala, por padecer alguna enfermedad como diabetes o azúcar, presión alta, disminución visual o auditiva, existe un 52 por ciento, que dijo percibir su salud como buena o normal, al referir que no padecen enfermedades, pueden valerse por sí mismos, pues tienen movilidad o funcionalidad física y sólo un 3 por ciento, refirió percibir su salud como muy buena.

En la tabla 28, que contiene indicadores respecto de las causas o motivos que han contribuido a tener o llegar a la edad que expresó y el tipo de vivienda; el 49 por ciento, refirió la alimentación, expresaron que no comen alimentos chatarra como fritos o dulces; un 18 por ciento, dijo haber llegado a la edad que tiene por el tipo de trabajo o actividad física que realiza en el campo, se refieren a actividades agrícolas de siembra y pastoreo de ganado que les permiten moverse y estar activos físicamente. En cuanto a la vivienda, el 86 por ciento, tiene casa propia y nos dio gusto encontrar solidaridad y apoyo social, pues un 11 por ciento de las personas entrevistadas, en cuanto a la vivienda, dijeron vivir con otro familiar, como sobrino o nieto o con algún vecino que les da alojamiento; mientras que el 3 por ciento restante, paga renta.

En la tabla 29, respecto del indicador escolaridad, encontramos que el 71 por ciento, sabe leer y escribir y dijo haber cursado entre el primer y tercer año de primaria; un 9 por ciento, expresó haber cursado y terminado la carrera normal o profesor en escuela primaria y carrera técnica o comercial y sólo un 20 por ciento, no sabe ni leer ni escribir.

Desde nuestra perspectiva, consideramos oportuno expresar los siguientes hallazgos: en general las personas por sí mismas o en compañía de cónyuge, hijos u otros familiares, nos atendieron en forma amable y cordial; nos dio gusto encontrar cohesión en la convivencia familiar y solidaridad, por parte de algunos vecinos que proporcionan vivienda y alimentos a personas sin familia. En relación con la percepción de su salud, quienes dijeron tener una salud normal o buena, porque no padecen enfermedades, expresan *estamos entre verde y seco* y pudimos darnos cuenta que del total de 248 personas, sólo 10 personas utilizan un bastón, andador o una silla de ruedas, lo que refleja que casi el 90 por ciento de las personas es físicamente funcional, en el sentido de que puede moverse físicamente y valerse por sí misma; que la prevalencia de enfermedades, son las crónico degenerativas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, además detectamos no más de 25 personas, con disminución visual o problemas de cataratas y disminución auditiva.

Entre los hallazgos relevantes, en cuanto al acceso a los servicios públicos de salud, aún existe un 20 por ciento de este grupo de personas, que no obstante viven en el área urbana de la cabecera municipal, no tienen acceso o carecen de los servicios de salud de atención médica a la persona; lo que incide por la insuficiencia en la infraestructura hospitalaria y médica pública, con la que cuenta la cabecera municipal. Que la mayor cobertura en la prestación de los servicios públicos de salud a la persona, se realiza en el tercer subsistema de protección en salud, a través del seguro popular de salud y por medio de la insuficiente infraestructura hospitalaria y médica, que desde luego, lo que también incide en la insuficiencia de la prestación de los servicios de salud de esta naturaleza.

Otro hallazgo que vinculamos y refuerza nuestra postura de la insuficiencia en la protección social de la salud, no obstante que nuestro trabajo de investigación no se enfocaba a tal aspecto, encontramos que: sólo 98 personas de las 140 localizadas

en la cabecera municipal, en el grupo de 70 años y más, reciben apoyo económico mensual del programa federal de 70 y más o del programa estatal de 70 y más, cuyo enfoque es de combate a la pobreza y se destina de manera preferente a adquisición de alimentos; y existen 52 personas en este grupo de edad entrevistadas, que no son beneficiarias de dichos programas.

No advertimos programas específicos de atención médica en los servicios públicos de salud a la persona, con enfoque a este grupo de personas, con excepción de los relativos a la prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus e hipertensión arterial, que son acciones de salud a la comunidad; y una marcada diferencia en el acceso a la atención médica del segundo nivel de atención, entre las personas afiliadas al seguro popular de salud y las no afiliadas, inclusive en la unidad hospitalaria, se distingue en el área de la farmacia, la obtención de medicamentos del cuadro básico, para quienes están afiliados al seguro popular de salud y los que no tienen afiliación a dicho seguro médico.

También en el Hospital General, el mayor porcentaje de ocupación en un 80 por ciento, se dirige a los servicios de atención médica en ginecología y pediatría. Pensamos que en ello incide las prioridades de las acciones en salud materno infantil, el Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación y el Programa de Embarazo Saludable.

Sin dudarlo, la experiencia en este trabajo de campo es inolvidable e enriquecedora de la investigación sobre la protección social de la salud en la vejez y de las personas viejas, nos anima y entusiasma, no sólo para visualizarla como un desafío o reto, también como una oportunidad para continuar trabajando e investigando en esta materia. Además, como personas de cambio, mediante acciones concretas, contribuir en mejorar y ampliar el acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, para nuestras personas viejas, que incida, no sólo en vivir más años, también vivirlos con una calidad de vida óptima y con un acceso efectivo o real a la atención médica.

Confiamos en que este trabajo de investigación sea una pequeña contribución, para que en nuestro país, en el estado, en los municipios y en nuestros entornos

sociales, se amplíe la protección social a las personas en general, y en particular a las personas viejas, núcleo central de nuestro trabajo.

Nos dio gusto, darnos cuenta, que aunque por hoy, la protección social en salud de este maravilloso grupo de personas, no sea en la agenda nacional o estatal un tema prioritario, encontramos a nuestros viejos y en especial a los de Dr. Arroyo vivos, con optimismo, pero sobre todo, funcionales física y mentalmente, económicamente activos e integrados en una convivencia familiar cohesionada y en un entorno social solidario.

A continuación, nos referiremos primero, a algunas deducciones específicas que derivamos del trabajo de campo en la cabecera municipal de Dr. Arroyo; después a las inferencias generales que relacionamos con la hipótesis planteada y sus dos dimensiones, es decir, con los subsistemas de protección social, consideramos que estas inferencias, es necesario expresarlas en forma previa, para finalmente exponer las conclusiones vinculadas a la hipótesis y sus dos dimensiones.

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

Nos referiremos, primero a algunas deducciones específicas que derivamos de los resultados y hallazgos concentrados del trabajo de campo, en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, Nuevo León. Enseguida, consideramos necesario, en forma previa referirnos a las inferencias generales relacionadas con tres subsistemas de protección social y finalmente dedicaremos un espacio a la conclusión vinculada a la hipótesis planteada con sus dimensiones, para ello, procuramos seguir el hilo conductor de nuestra hipótesis y sus dimensiones.

En relación con las deducciones específicas:

1. Existen diferencias estadísticamente significativas asociadas al sexo, en el que predominan las mujeres. Ello, resultó coincidente con las estadísticas en el nivel nacional y en el estado de Nuevo León. La sobremortalidad masculina, derivada de la conjunción de diversos factores biológicos y culturales, produce una feminización de la población que se acentúa en el proceso de envejecimiento demográfico.

2. En la variable asociada a la edad, predominó el grupo de 65 a 75 años. Este es un factor coincidente con nuestro concepto de vejez, cuya iniciación la determinamos a partir de los 65 años.

3. En el indicador relativo al estado civil, no obstante que la nupcialidad no es un fenómeno que influya directamente en la dinámica y la estructura por edad de la población, el análisis del mismo en particular, se estimó importante en el estudio de la condición de las personas de 65 años y más, donde predominó el de casada, seguido del de viuda, con porcentajes menores en soltera, divorciada y unión libre.

Ello también es coincidente en el nivel nacional de conformidad con el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

4. En la variable asociada a la convivencia, predominó la familiar entre cónyuges en matrimonio o casadas, seguida de cónyuge supérstite e hijos. El porcentaje de las personas que viven solas representó un 8 por ciento. Un hallazgo importante fue la convivencia con otros no familiares o vecinos, que da muestras del principio de solidaridad hacia las personas viejas, en especial a quienes no cuentan con familia.

5. Existen diferencias significativas en la variable asociada al acceso de la atención médica y al disfrute de una pensión, en el primer y segundo subsistema de la protección de la seguridad social en el nivel contributivo. El IMSS e ISSSTE sólo cubren un 30 por ciento de las personas entrevistadas, en su mayoría beneficiarias afiliadas por un hijo y, el 70 por ciento restante, carece de acceso a los servicios de salud en el primer y segundo subsistema de protección social de la seguridad social en el nivel contributivo. De esta manera, 87 de cada cien personas, no reciben pensión proveniente de los subsistemas referidos.

6. Del 70 por ciento que carece de acceso a los subsistemas de protección de la seguridad social en nivel contributivo, un 50 por ciento manifestó acudir a los servicios públicos de salud que proporcionan la Secretaría de Salud en el nivel federal, a través del seguro popular de salud o los Sistemas Estatales de Salud, es decir, al tercer subsistema de protección social en salud en el nivel no contributivo, que no incluye prestaciones en dinero, como una pensión. Sin embargo, persiste un 20 por ciento de personas, que continúan sin acceso a los servicios públicos de salud a la persona, lo que corrobora nuestra hipótesis de la insuficiencia en la protección social en salud de las personas viejas.

7. En relación con la variable ocupación actual, destacamos que 34 de cada cien personas, permanecen económicamente activas, pues se ocupan o dedican a actividades agrícolas o de pastoreo, comercio propio formal e informal; además 40 de cada cien, se ocupan de actividades propias del hogar. Este resultado en la variable de ocupación, lo vinculamos a la funcionalidad física y mental de las personas entrevistadas; a la percepción de su salud, como un estado de salud



normal o buena, por no padecer enfermedades y que refirieron en cuanto a su salud *encontrarse entre verde y seco*.

Respecto de la funcionalidad física y mental de las personas entrevistadas, pudimos darnos cuenta que sólo 5 de cada cien personas, se auxilia con un bastón o andador para moverse físicamente.

8. En relación con la percepción de su salud, 45 personas de cada cien, expresaron que es mala, porque padecen enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, porque ha disminuido su visión o ya no oyen muy bien.

9. Existen diferencias significativas en las variables asociadas a las causas que han contribuido a tener o llegar a la edad que expresaron, pues 49 de cada cien personas lo atribuyó a una alimentación sana, a que continúan trabajando en actividades agrícolas, de pastoreo o comercio, y a su salud porque se pueden mover físicamente por sí mismos. También advertimos, que de cada cien personas entrevistadas, entre 5 y 9 personas, expresaron tener problemas visuales por cataratas o disminución auditiva.

10. De las 140 personas de 70 años y más entrevistadas, encontramos que solo 98 personas reciben apoyo económico mensual del programa federal Oportunidades 70 y más o del mismo programa en el nivel estatal, es decir, sólo un 70 por ciento, recibe dicho beneficio y existe un 30 por ciento que carece del mismo.

11. Los resultados y hallazgos que hemos obtenido, debido a la pertenencia geográfica en la cabecera municipal de Dr. Arroyo, Nuevo León, limitan la posibilidad de generalizarlos a otras localidades urbanas, también cabeceras municipales, por lo que sólo tiene representatividad en la cabecera municipal citada y han enriquecido nuestro trabajo de investigación.

Inferencias generales relacionadas con la hipótesis y sus dos dimensiones.

De manera previa dimensionamos el fenómeno del envejecimiento poblacional, como un proceso de desarrollo gradual e irreversible en las personas, y el grupo de éstas como colectivo demográfico que denominamos población o grupo de personas de 60 años y más; y como en el nivel nacional, dicho grupo de personas se ha ido

incrementando de manera rápida y que en 2005 constituyó el 8.3 por ciento, en relación con el total de habitantes en el país 103.2 millones.

Asimismo, expresamos nuestro concepto de vejez, como etapa de la vida humana en la que el hecho biológico inicia a partir de los 65 años de edad, se prolonga hasta los 80 o más y se caracteriza por la funcionalidad física o mental y de integración social, que puede implicar disminución en la capacidad funcional y llegar a la pérdida de autonomía individual o necesaria dependencia funcional. De esta manera, en nuestro concepto, destacamos elementos característicos, además de la edad, la capacidad funcional física o mental relacionada con el estado de salud y el aspecto de vulnerabilidad ante la pérdida o disminución de capacidad funcional, que puede generar un estado de necesidad o dependencia total.

En la hipótesis planteada, la insuficiencia en la protección social de la vejez en el ámbito de la seguridad social y del derecho de la salud, distinguimos dos dimensiones, ambas derivadas del sistema jurídico, en los ámbitos de los subsistemas de protección de seguridad social en el nivel contributivo y no contributivo, con enfoque al derecho de la salud mediante la rama o seguro médico – enfermedades- como prestación en especie y el seguro de vejez, del que deriva el derecho a obtener una pensión como prestación en dinero.

Esta primera dimensión, la vinculamos por una parte, con el vacío o ausencia de un concepto de vejez y la diversidad de la terminología utilizada para llamar a las personas viejas y por la otra, con la existencia de factores normativos e institucionales que por su heterogeneidad y desarticulación, inciden en la insuficiencia en la protección social de la vejez. Esta dimensión la vinculamos con el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

La segunda dimensión, en el ámbito del subsistema de protección social en salud con enfoque al acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona, a través del seguro popular de salud, porque la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y en las relaciones de coordinación entre órdenes de gobierno federal y local, incide en la insuficiencia de la protección social de la vejez. Esta segunda dimensión, la vinculamos con el tercer subsistema de

protección social en salud, con enfoque al acceso efectivo de la atención médica, ésta sólo como prestación en especie. Este tercer subsistema no incluye el otorgamiento de prestaciones en dinero, como una pensión de la naturaleza prevista en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

En esta dimensión, por la carencia de un modelo pensionario, hicimos referencia en forma específica a algunos programas federales o locales correspondientes a algunas entidades federativas, que se soportan con recursos económicos públicos, que se focalizan a las personas de 70 años y más, y consisten en apoyos en dinero o vales periódicos, que también denominan *pensión* y que se dirigen, de manera esencial, a la pobreza alimentaria; apoyos que desde nuestra perspectiva, se fundamentan en el derecho a la asistencia social, como un tipo o categoría que forma parte de los servicios públicos de salud, con independencia de su asignación como políticas sociales sexenales.

En seguida abordaremos las inferencias generales y procuramos seguir el orden de las dimensiones expresadas.

PRIMERA: En nuestro sistema jurídico, la protección social de la vejez en el ámbito del derecho de la seguridad social, que otorga prestaciones en especie como la atención médica o servicios públicos de salud y prestaciones en dinero como las pensiones, a las personas que mantienen o mantuvieron un vínculo laboral y que se ubican en el sector privado económico formal, tiene su fundamento en el Artículo 123º, de la Constitución, Apartado A, Fracción XXIX, y las leyes reglamentarias de dicha disposición constitucional, que son las Leyes del Seguro Social.

El financiamiento es tripartito, con aportaciones o contribuciones del gobierno federal, de los patrones y los trabajadores, de allí que derive el nivel contributivo en el régimen obligatorio. Las prestaciones se proporcionan a los trabajadores asegurados y sus derechohabientes, a través de la red hospitalaria y médica instalada, con la cuenta el IMSS. Esta naturaleza obligatoria y contributiva, hace que este ámbito comparta características del modelo bismarckiano de la seguridad social.

Lo denominamos primer subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

SEGUNDA: Este primer subsistema de protección social, prevé también un régimen voluntario de continuación o incorporación, de naturaleza contributiva, mediante el cual, sólo se proporcionan prestaciones en especie relativas a servicios públicos de salud o atención médica.

Además, en el régimen voluntario, se incluye el otorgamiento de *prestaciones sociales y servicios de solidaridad*, cuyos sujetos de aseguramiento, son las personas sin capacidad de pago económico o carentes de recursos, por no contar con una relación o vínculo laboral, entre ellos: ejidatarios, campesinos, comuneros, no asalariados, trabajadores domésticos y grupos indígenas.

El otorgamiento de las prestaciones sociales se caracteriza por su gratuidad; es decir, no se contempla el pago de alguna aportación o contribución para la obtención de los servicios públicos de salud en el primer nivel de atención, que esencialmente son servicios de salud pública o servicios de salud a la comunidad, como la promoción de la salud, mejoramiento de la alimentación, actividades culturales y deportivas y la atención médica. El financiamiento proviene de recursos públicos de la federación. En este supuesto, hablamos de un nivel no contributivo, en la protección social de la salud en este primer subsistema.

Las prestaciones sociales a grupos de personas como ejidatarios, campesinos y grupos indígenas, se realiza a través del programa institucional IMSS Oportunidades. Esta característica del otorgamiento de prestaciones sociales a personas en grupos determinados, le atribuye al subsistema, aspectos de protección social propios del modelo Beverdiano, por la extensión o la ampliación de cobertura de los servicios públicos de salud a los grupos de personas ya expresadas.

Este primer subsistema, no obstante tratarse de la misma institución de seguridad social, advertimos ya, partes diversas o heterogéneas, entre la naturaleza de las prestaciones de servicios de salud en el primer, segundo o tercer nivel de atención médica. Entre los niveles contributivo y no contributivo; entre regímenes obligatorio y voluntario; entre grupos de personas que aportan económicamente y las

que carecen para aportar; entre las prestaciones en dinero como el derecho a obtener una pensión y los que carecen de dicho derecho; entre la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica para proporcionar servicios de salud de atención médica y su ubicación geográfica urbana o rural.

Esta heterogeneidad, es la que desde nuestro punto de vista, incide en la insuficiencia de la protección social en salud de la vejez y hace partícipe al subsistema de una naturaleza mixta o dual en la protección social en salud, decimos mixta, porque trata de articular elementos característicos de los modelos bismarckiano y beverdgiano, en cuanto a personas y las desarticula en la naturaleza del otorgamiento de prestaciones.

En este primer subsistema de protección social, dejamos precisadas las personas de 60 años y más, que a 2008 cuentan con acceso a los servicios de salud de atención médica y el disfrute de una pensión, que fueron 2,567 995 y que se incluyen en la población total derechohabiente del IMSS; así como la insuficiencia en los montos de las pensiones mensuales, que en su gran mayoría reciben las personas pensionadas.

TERCERA: En este primer subsistema de protección social, en cuanto al derecho de la salud en la vejez, el IMSS con la capacidad instalada de infraestructura hospitalaria y médica, se ha enfocado a la reparación de daños en la salud de las personas viejas, es decir, a la atención médica curativa y de rehabilitación, así como a algunos programas específicos en salud, para este grupo de personas, tendientes a la prevención, promoción y fomento de la salud, con enfoque en la transición epidemiológica por enfermedades crónico degenerativas, y recientes programas y acciones de capacitación multidisciplinaria en materia de geriatría y gerontología.

Evidenciamos la desarticulación en las relaciones de coordinación interinstitucional entre el IMSS y la Secretaría de Salud en el nivel federal, como cabeza del sector salud; de manera especial, en la diversidad en las fuentes de datos e información de indicadores de causas de morbilidad y mortalidad del grupo de personas viejas; la insuficiencia en la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica, rebasada en mucho por el volumen de las personas

derechohabientes; deficiencias en los procesos de evaluación y seguimiento en la vigilancia epidemiológica; serios problemas de déficit financiero y reservas actuariales, sobre manera en los seguros de vejez; insuficiencia en los montos mensuales de pensiones, así como la excesiva reglamentación o disposiciones normativas y administrativas, para acceder a la prestación de los servicios que proporciona y la diversidad en el cumplimiento de requisitos legales, para el disfrute de pensiones, sobre todo, por la aún vigencia de dos leyes del seguro social: la de 1973 y la nueva Ley del Seguro Social de 1995.

Por lo tanto, estimamos que es conveniente e indispensable fortalecer y estrechar la coordinación intra e interinstitucional, no sólo en el intercambio de información epidemiológica sistemática, confiable y oportuna, también en la unificación o articulación normativa o reglamentaria y la realización o materialización de programas y de acciones específicas en salud, para las personas viejas, de manera especial, en el acceso efectivo y oportuno de la atención médica en este subsistema de protección de la seguridad social, con niveles contributivo y no contributivo.

Lo anterior, sin duda alguna, constituye un reto, no sólo para el IMSS, también para el Sistema Nacional de Salud del cual forma parte, para que permita a las personas viejas, gozar de una calidad de vida óptima el mayor tiempo posible. Por hoy, se requiere garantizar o hacer efectiva la accesibilidad a los servicios de salud para atender sus demandas de atención médicas.

CUARTA: Asimismo, en la primera dimensión de la hipótesis planteada en el ámbito del derecho de la seguridad social en el nivel contributivo, que otorga prestaciones en especie como la atención médica o servicios públicos de salud y prestaciones en dinero como las pensiones, a las personas que mantienen o mantuvieron un vínculo laboral y que se ubican en el sector público, es decir, a trabajadores burócratas federales o estatales al servicio del gobierno o dependencias federal o de las entidades federativas, tiene su fundamento en el Artículo 123º, de la Constitución, Apartado B, Fracción XI y la ley reglamentaria de dicha disposición constitucional que es la Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores

del Estado, vigente a partir de 2007 y denominamos segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

En este segundo subsistema, el financiamiento es bipartito y se integra con aportaciones o contribuciones del gobierno federal o estatal, como patrones y los trabajadores. De allí, que derive el nivel contributivo en el régimen obligatorio de los seguros de salud, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. Las prestaciones se proporcionan a los trabajadores asegurados y sus derechohabientes, a través de la red hospitalaria y médica instalada con la cuenta el ISSSTE. Esta naturaleza obligatoria y contributiva, hace que el subsistema comparta, de manera general en los seguros expresados, características sólo del modelo bismarckiano de la seguridad social.

QUINTA: Este segundo subsistema de protección social, prevé también un régimen voluntario de continuación o incorporación, mediante el cual sólo se proporcionan prestaciones en especie, relativas a servicios públicos de salud o atención médica, previa celebración de convenio escrito de incorporación o continuación. La ley vigente conserva un capítulo de prestaciones y servicios referentes a préstamos personales e hipotecarios, servicios turísticos, funerarios, guarderías, culturales, educativos, deportivos, de capacitación, de atención a jubilados, pensionados o discapacitados, que se dirigen sólo a sus asegurados y derechohabientes, con excepción de los servicios de tiendas y farmacias ISSSTE, a las que pueden acceder las personas sin derechohabiencia.

En el seguro obligatorio de atención médica curativa, de maternidad y rehabilitación física y mental, destacamos la inclusión de la atención gerontológica y geriátrica, dirigida a las personas viejas derechohabientes de esta institución. También destacamos que en nuestro país, en el sector público de la salud, el ISSSTE ha sido pionero en la atención geriátrica; no obstante que los servicios de atención geriátrica, se concentran en las instituciones públicas del sector salud en la ciudad de México en el Distrito Federal, y de manera específica, en las zonas metropolitanas en algunas capitales de entidades federativas.

SEXTA: En este segundo subsistema, destacamos en materia de atención médica: la problemática en precios y abastecimiento de medicamentos e insumos médicos; el desequilibrio o déficit financiero de los recursos destinados al fondo médico y al de pensiones; la falta de previsión en las reservas actuariales de dichos fondos; la multiplicidad en la prestación de servicios como guarderías, turísticos, y farmacias, la transición epidemiológica, que implica enfermedades crónico degenerativas, cuyos tratamientos son costosos y largos, así como la insuficiencia en la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica, factores que, desde nuestra perspectiva, inciden en la insuficiencia de los servicios de salud de atención médica para las personas viejas.

SÉPTIMA: En este segundo subsistema, incluimos la protección de las personas viejas, que han laborado o laboran en las Fuerzas Armadas Mexicanas a través del ISSFAM, cuyas prestaciones en servicios de salud o atención médica y el disfrute de pensiones, conservan elementos y características propias por la naturaleza del servicio que desempeñan; el fundamento emana del Artículo 123º constitucional, Apartado B, Fracción XIII y XI y su ley reglamentaria, la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

El financiamiento del haber de retiro, pensión, compensación, ayuda para gastos de sepelio y pago de defunción, se cubre con cargo al Estado, a través del gobierno federal y provienen de recursos del erario federal. El financiamiento de los seguros médicos de salud, es bipartito con contribuciones a cargo del Estado y aportaciones de los trabajadores militares. Los servicios de salud o atención médica, se proporcionan a sus asegurados o beneficiarios mediante los hospitales, clínicas y consultorios que integran el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, en supuestos específicos de tercer nivel de atención médica, mediante convenios de subrogación de servicios médicos con instituciones de salud del sector público o privado.



OCTAVA: Asimismo, en este segundo subsistema, incluimos lo que denominamos otros modelos desarticulados de seguridad social, porque los servicios de salud de atención médica, como prestación en especie y el otorgamiento de prestaciones en dinero como las pensiones, derivan de contratos colectivos de trabajo y reglamentaciones específicas, en los supuestos de los trabajadores del IMSS, PEMEX y CFE.

Los incluimos en este subsistema, porque se trata de trabajadores al servicio de organismos públicos descentralizados de la administración federal, por ende, del sector público y además para los efectos estadísticos de población con derechohabencia o acceso a la seguridad social, pues el INEGI opera un rubro que denomina PEMEX, SEDENA Y SEMAR, para referirse a los dos últimos como las fuerzas armadas mexicanas, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina y que nosotros ubicamos en el ISSFAM.

Modelos en los cuales advertimos, la diversidad en el cumplimiento de requisitos, que va desde la edad de 55 años y el tiempo en la prestación de servicios de un mínimo entre 15 y 20 años de antigüedad, para acceder a prestaciones en dinero consistentes en pensiones; en los montos de las pensiones mensuales, condiciones y prestaciones laborales superiores a las mínimas previstas en la Ley Federal de Trabajo y de aplicación a los trabajadores del sector privado.

Respecto de los trabajadores y beneficiarios de PEMEX, las prestaciones de los servicios médicos, se proporcionan por los hospitales, clínicas y consultorios con los que cuenta el organismo, así como mediante la celebración de convenios de subrogación médica con instituciones del sector privado. Para los trabajadores y beneficiarios de CFE, la prestación de servicios médicos se proporciona por el IMSS, mediante un convenio de incorporación a los servicios de salud y atención médica y también con instituciones del sector privado, mediante convenios de subrogación médica. Los servicios de salud, como prestación en especie y las prestaciones en dinero como las pensiones de los trabajadores del IMSS, se proporcionan a sus asegurados y derechohabientes a través de dicho instituto de seguridad social.

De esta manera, el segundo subsistema de protección de la seguridad social de los trabajadores del sector público, concluimos, tiene a su vez tres subpilares de protección; el ISSSTE, el de PEMEX e ISSFAM y los modelos desarticulados de los trabajadores del IMSS y CFE, como organismos federales públicos descentralizados.

NOVENA.- En las inferencias anteriores, de la primera a la octava, nos hemos referido al primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y no contributivo; a las instituciones públicas que proporcionan los servicios de salud de atención o servicios médicos como prestación en especie y las pensiones como prestaciones en dinero; las diversas legislaciones y reglamentaciones, de las que deriva su fundamento; la segmentación de los grupos de personas en el sector privado de la economía y en el sector público; la diversa clasificación de niveles de contribución y no contributivos en cada uno de ellos y sus fuentes de financiamiento; la diversidad y variabilidad de prestaciones en especie, como la atención médica y prestaciones en dinero, como el pago o disfrute de una pensión, dirigidas a diversos sectores de personas del sector privado o sector público.

Debemos además, agregar que estos dos subsistemas de protección social, forman parte integrante del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, además de prestar los servicios de salud de atención médica a sus afiliados o derechohabientes, con su capacidad instalada hospitalaria, médica y administrativa, intervienen y participan en la prestación de los servicios públicos de salud; es decir, los servicios públicos de salud a la comunidad o personas en general, como los comprendidos en el primer nivel de atención médica. Entre ellos: acciones preventivas, de promoción y educación para la salud. A manera de ejemplo, los programas nacionales de vacunación. En este aspecto, es indiscutible la coordinación inter e intra institucional en el Sistema Nacional de Salud, prueba de ello, es el fenómeno del envejecimiento de la población, con la correlativa disminución en los índices o tasas de fecundidad y mortalidad infantil y el incremento en la esperanza de vida de los mexicanos.

DÉCIMA: Con este panorama de heterogeneidad, segmentación y desarticulación, entre factores normativos y por la excesiva y diversa legislación y reglamentación que constituye el entramado jurídico, en las relaciones de coordinación intra e interinstitucionales y la insuficiencia en la capacidad instalada de infraestructura hospitalaria y médica que describimos en los dos subsistemas de protección de la seguridad social en el nivel contributivo y no contributivo, en nuestro país, se cubre o pretende cubrir en el ámbito de los servicios públicos de salud a la persona; en cuanto al acceso efectivo a la atención médica, no sólo a la persona en lo individual, también a la población en general, es decir, a un 60 por ciento del total de habitantes, sobre manera, con una capacidad instalada en infraestructura hospitalaria y médica insuficiente y rebasada por el número total de asegurados o beneficiarios de dichos sistemas.

Además, sólo advertimos algunos aislados programas específicos de atención médica, dirigidos a las personas viejas, referentes a los servicios públicos de salud, que derivan de los programas conocidos como PREVENIMSS y PREVENISSSTE, la vacunación universal para adultos mayores, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitas e hipertensión arterial. No obstante la excesiva legislación y reglamentación en la materia, advertimos un vacío o ausencia en el concepto de vejez o de personas viejas, pues sólo existen referencias a los términos de adultos mayores, como la persona de 59 o 60 años y más, envejecimiento exitoso, envejecimiento saludable. Por ello, concluimos y evidenciamos, que en estos dos subsistemas de protección social, es insuficiente la protección social de nuestras personas viejas.

El contenido de las anteriores inferencias, lo vinculamos con la primera dimensión de la hipótesis planteada, de manera que de los 8.3 millones de personas viejas que existen en nuestro país, sólo 5 millones accesan o pueden accesar a las prestaciones en especie de los servicios públicos de salud o atención médica y a las prestaciones en dinero, consistes en una pensión, que derivan de los dos subsistemas de referencia.

Sin embargo, existen aún 3.3 millones de personas viejas, que no tienen o carecen de acceso a las prestaciones referidas en estos dos subsistemas de protección de la seguridad social en los niveles contributivo y no contributivo, por ello en las siguientes inferencias, haremos referencia a ellas, en el tercer subsistema de protección social en salud, que derivamos del llamado Sistema de Protección Social en Salud, que emanó de la reforma a la Ley General de Salud en agosto de 2003 y la implementación del seguro popular de salud, que vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada.

Este tercer subsistema no comprende prestaciones en dinero, como las pensiones que derivan del primer y segundo subsistema. Por ello, consideramos la referencia a los fundamentos y operación de los programas federales o locales de 70 y más, que de manera específica, se dirigen al grupo de personas viejas de 70 años y más, con enfoque de combate a la pobreza alimentaria, porque desde nuestra perspectiva jurídica, tales programas forman parte del derecho a la asistencia social, como un tipo o categoría de los servicios públicos de salud y por ello, del derecho constitucional de la salud, con independencia de la naturaleza de política o programa social sexenal.

UNDÉCIMA: La existencia en el país de cuarenta millones de personas, sin acceso o sin derechohabencia a los servicios públicos de salud, así como los fenómenos del envejecimiento demográfico y la transición epidemiológica por la incidencia de enfermedades crónico degenerativas, fueron entre otros, aspectos relevantes en la exposición de motivos para la reforma a la Ley General en 2003, mediante la cuales se creó e implementó el llamado Sistema de Protección Social en Salud y se formalizó legalmente la operatividad y funcionamiento del seguro popular de salud.

Este tercer subsistema de protección social en salud, prevé un nuevo esquema de aseguramiento público con la característica de *voluntario*; clasifica los servicios de salud en: servicios de salud a la comunidad –salud pública- y servicios de salud a la persona. En éstos últimos, se distingue para efectos del pago de la cuota familiar anual, entre un régimen contributivo y uno no contributivo en atención a los ingresos

calculados en salario mínimos generales que denomina decil de ingreso, de manera que los deciles I y II, corresponden al régimen no contributivo, y del decil III al X, al régimen contributivo.

El subsistema de protección social en salud, en cuanto a los servicios de salud a la persona, se dirige sólo a las familias o personas que no estén afiliadas o sean derechohabientes de las instituciones públicas de seguridad social, comprendidas en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

DUODÉCIMA: Conforme con este tercer subsistema de protección social en salud, el complejo esquema y flujos de financiamiento es tripartito: el Estado aporta, anualmente, una cuota social a través del gobierno federal y éste, a su vez, una aportación solidaria anual; los gobiernos locales contribuyen con una aportación solidaria anual y la familia o personas, como beneficiarios, con un cuota familiar anual en el régimen contributivo. El dinero que integra la cuota social, mientras que las aportaciones solidarias federal y estatal, provienen de recursos del erario, es decir, de impuestos.

DÉCIMO TERCERA: Sostenemos y evidenciamos la complejidad en los modelos financieros, conceptuales, operativos, normativos y estructurales que derivan de este tercer subsistema de protección social, en los que participan órdenes de gobierno federal y gobiernos de las entidades federativas, para garantizar el acceso efectivo a los servicios públicos de salud a la persona. Así como la responsabilidad legal y material directa de los gobiernos de las entidades federativas, a través de sus Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y la insuficiencia de la capacidad instalada de infraestructura hospitalaria y médica en cada una de ellas y en nivel nacional, que limitan el acceso efectivo de la atención médica de las personas viejas.

DÉCIMO CUARTA. Hicimos la distinción del término ampliación de cobertura o hacer extensivos servicios de salud a la familia o personas en forma genérica y

abstracta, que sólo se inicia con los procesos de afiliación al seguro popular de salud; ampliación de cobertura y afiliación que por sí mismas no garantizan el acceso efectivo a esa relación directa entre paciente y médico. Afirmamos que el acceso efectivo a la atención médica de los servicios de salud a la persona, se materializa en la relación directa entre la familia o persona beneficiaria y el personal médico, paramédico o administrativo, adscrito en la infraestructura hospitalaria; es decir, hospitales, clínicas, consultorios, centros de salud o casas de salud, y es en esa relación directa, donde el derecho de la salud cobra efectividad.

DÉCIMO QUINTA: De manera especial hicimos hincapié y demostramos la insuficiencia en la capacidad instalada de la infraestructura hospitalaria y médica existente en 1999, es decir, antes de la implementación legal de este tercer subsistema de protección social en salud y su comparación con la existente en 2007, inclusive con la información en el nivel nacional, relativa a indicadores como existencia de médicos y enfermeras por cada mil habitantes, que a 2008 en nuestro país, sólo existían 1.4 médicos por cada mil habitantes y 1.96 enfermeras por cada mil habitantes, así como un hospital por cada cien mil habitantes; indicadores muy por debajo de los óptimos de 3.1 médicos y 9.6 enfermeras por mil habitantes respectivamente.

Asimismo, dejamos evidenciado que el área de la infraestructura humana y física en este tercer subsistema, es la que requiere de mayor inversión, no obstante que el gasto para infraestructura autorizado y aprobado en el Presupuesto de Egresos de la Federación, en el período 2004 a 2008, que es operado en el nivel federal por el Fideicomiso de protección social en salud, sólo fue ejercido y destinado a este rubro en un 25 por ciento, y el 75 por ciento restante, no fue erogado en infraestructura hospitalaria y médica y fue transferido en forma anual al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

DÉCIMO SEXTA: En este tercer subsistema, también evidenciamos la complejidad en los modelos financieros, normativos, operativos y estructurales, que desde nuestra perspectiva, contribuyen en la fragmentación y dispersión de las

relaciones de coordinación intra e interinstitucional en los órdenes de gobierno federal y local, y por lo tanto, en la prestación de los servicios públicos de salud a la persona, consistentes en el acceso efectivo a la atención médica.

Lo que mostramos en forma teórica en el análisis de las dos entidades federativas el Distrito Federal y Monterrey, Nuevo León, en cuyas áreas metropolitanas, existen mayores concentraciones de población total y de personas viejas, que carecen de acceso a los servicios públicos de salud a la persona en este subsistema, no obstante la existencia de una mayor capacidad instalada de infraestructura hospitalaria y médica.

En el modelo financiero, por la diversidad de flujos y fuentes de financiamiento y sus diversas integraciones y aplicaciones a fondos, como el de previsión presupuestal, en el que se incluyen los recursos que deban destinarse a la ampliación o remodelación de infraestructura hospitalaria y médica, y el fondo de gastos catastróficos, que son operados sólo en el nivel central o federal por el fideicomiso público a cargo del Consejo Nacional de Protección Social en Salud y de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cuya operación no se ha descentralizado materialmente hacia las entidades federativas o ámbito local, que sólo el relativo a los ingresos por cuotas familiares, es operado y aplicado por los niveles o ámbitos locales en las entidades federativas.

Modelo de corresponsabilidad financiera y descentralizada de manera formal y material, en cuanto a funciones se refiere, hacia las entidades federativas, las cuales, a través de sus Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, les corresponde, de manera exclusiva, la responsabilidad de materializar el acceso efectivo a la atención médica de los servicios públicos de salud a la persona.

En el modelo operativo y estructural o de las relaciones estructurales, pues la implementación de este tercer subsistema implicó también la creación de órganos específicos, no sólo en el ámbito del gobierno federal como el Consejo y la Comisión Nacional, ambos de protección social en salud y de sus respectivas estructuras administrativas; también en el ámbito local de las entidades federativas por la creación de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, que deben integrarse a los sistemas estatales de salud y sus respectivas estructuras

administrativas. Creaciones orgánicas, estructurales y jurídicas, que implican la aplicación de presupuesto a nóminas o pago de salarios y prestaciones y que requieren de relaciones de coordinación intra e interinstitucionales en el mismo ámbito federal, y entre éste y el ámbito local, además de entre los órganos o instituciones que integran los sistemas estatales de salud.

En el modelo normativo o de las relaciones jurídicas, entre los órdenes de gobierno federal y local, primero por la ya existente y excesiva reglamentación o andamiaje jurídico en ambos ámbitos de gobierno, a la que su sumó la expedición de nueva reglamentación, en virtud de la implementación de este tercer subsistema. Entre ella: el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud; Reglamentos internos del Consejo y de la Comisión Nacional, ambos de protección social en salud; Convenio General de Colaboración Interinstitucional en materia de prestación de servicios de salud y el convenio anual; Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud.

Además, para completar este andamiaje jurídico, el reglamento Interior de los Regímenes Estatales de protección social en salud; las normas y reglamentos en materia de protección social en salud, en el ámbito local o de cada entidad federativa. De igual modo, los criterios generales para la programación del gasto e integración de la información estatal, relativa al manejo financiero de este subsistema; lineamientos para la medición de la aportación solidaria estatal; criterios metodológicos para la identificación de las entidades federativas con mayor marginación social, para efectos de la asignación de la previsión presupuestal.

DÉCIMO SÉPTIMA: Este tercer subsistema de protección social en salud, clasifica los servicios públicos de salud en: servicios públicos de salud a la comunidad o población en general y los servicios públicos de salud a la persona, éstos últimos se contienen en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de salud, vigente al 2006, que comprendía 266 acciones de salud, preventivas, de promoción de la salud, diagnósticos, curativas y de rehabilitación, que se proporcionan previa afiliación al seguro popular de salud.



Entre los servicios esenciales destacamos las acciones de salud dirigidas a las personas viejas, relacionadas con enfermedades crónico degenerativas, como prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca crónica, osteoporosis, tratamiento de la depresión, hiperplasias prostáticas y cirugía de cataratas. Entre las acciones preventivas para el adulto mayor o personas viejas: la entrega de la Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor y la aplicación y seguimiento de la vacunación nacional, mediante la aplicación de las vacunas antiinfluenza, antineumococo, toxoide-tetánica, que son acciones de salud que corresponden al primer nivel de atención médica y forman parte de los servicios públicos de salud a la comunidad o salud pública.

Los procesos de afiliación al seguro popular de salud se focalizaron en grupos más vulnerables y hacia familias con mayor riesgo de empobrecimiento por motivos de salud, a través de las acciones de salud derivadas del Seguro Médico para una Nueva Generación y del programa Embarazo Saludable, programa de Caravanas por la salud, tratamiento de VIH SIDA, cáncer infantil y cérvico uterino y otras enfermedades, como tuberculosis e influenza.

Llamó y sigue llamando nuestra atención, que en este subsistema y derivado de la información generada por los procesos de afiliación al seguro popular y de los beneficiarios a dicho seguro, que la existencia a 2008, de datos estadísticos de mortalidad o defunciones por rango de edad, demostraron que el mayor número de defunciones se registró en personas de 70 años o más y la segunda cifra más relevante, es en el grupo de 60 a 69 años; de manera que el 54 por ciento de la personas afiliadas al seguro popular de salud que fallece, es mayor de 60 años. No obstante ello, la atención médica de las personas viejas no constituye una acción de salud prioritaria.

Prueba de lo anterior derivó del reconocimiento explícito contenido en el Programa de Acción Específico: Envejecimiento 2008, del cual advertimos, que no obstante la información generada intra e interinstitucionalmente, aún no se han reflejado las necesidades de los adultos mayores, pues sólo se registran datos de morbilidad de los usuarios de los servicios públicos de salud y además cada institución tiene su propio sistema de información, que no siempre es compatible con

la de del sector salud, lo que impide generar políticas públicas en materia de envejecimiento en los tres órdenes de gobierno.

De esta manera, inferimos que las personas viejas o grupos de personas viejas, por hoy, no son para este subsistema de protección social en salud, un grupo prioritario a quienes deban dirigirse programas y acciones específicas de atención médica, con excepción de las acciones de salud pública, referidas con anterioridad.

DÉCIMO OCTAVA: De cada una de las inferencias anteriores, que vinculamos con la segunda dimensión de la hipótesis planteada, sostenemos y demostramos en teoría, la insuficiencia en la protección social de la salud, de las personas viejas, en cuanto al acceso efectivo a la atención médica de los servicios de salud pública a la persona en este tercer subsistema. Insuficiencia en la que inciden la complejidad en los modelos financieros, normativos, operativos y estructurales ya expresados, que desde nuestra perspectiva, contribuyen en la fragmentación y dispersión de las relaciones de coordinación intra e interinstitucional en los órdenes de gobierno federal y local, y por lo tanto, en la prestación de los servicios públicos de salud a la persona, consistentes en el acceso efectivo a la atención médica y, de manera especial, la insuficiencia en la capacidad de la infraestructura hospitalaria y médica, tanto en el nivel nacional, como en el nivel de las entidades federativas.

DÉCIMO NOVENA. En términos de la Ley General de Salud, los servicios de salud se clasifican en tres tipos de atención médica, a los que nos hemos enfocado en los tres subsistemas de protección social en salud: de salud pública, que referimos de manera excepcional, y de asistencia social. La asistencia social forma parte del derecho constitucional de la salud, con enfoque a las personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental y se dirige de manera preferente a menores y ancianos, que por sus carencias socio económico, invalidez, abandono o desamparo, se ven impedidas para satisfacer necesidades básicas de subsistencia y desarrollo.

Desde nuestra perspectiva, es este tipo de los servicios de salud, el fundamento para la creación, operación y funcionamiento de los programas federales IMSS Oportunidades, OPORTUNIDADES y su componente 70 y más.

Este último, consistente en un apoyo económico mensual de \$500.00 pesos, a las personas de 70 años o más, ubicadas en zonas rurales del país con mayores índices de marginación social en las localidades de hasta treinta mil habitantes; apoyo económico que se dirige a combatir o disminuir la pobreza alimentaria y permita satisfacer la elemental necesidad de alimentos.

Resaltamos y coincidimos con la evaluación específica del desempeño de este programa, que en 2008, realizó el Consejo Nacional de Evaluación al Desempeño, en la que concluyó que es imperativo reforzar la capacidad operativa y financiera del programa, para ampliar las posibilidades de acceso a nuevos beneficiarios que residan en localidades de mayor tamaño poblacional y la incorporación de beneficiarios en el ámbito urbano, a las que nosotros agregamos, la necesidad de evaluar la suficiencia en los montos de los apoyos mensuales.

VIGÉSIMA: Sostenemos que no sólo existe, sino que aún persiste, la insuficiencia en la protección social en salud de la vejez y de las personas viejas, en los tres subsistemas de protección social que hemos referido. La vejez, las personas viejas y su salud, no son, por hoy, un tema prioritario en la agenda nacional, ni en las estatales. Confiamos que el mandato constitucional del derecho de la salud y la creación e implementación del Sistema de Protección Social en Salud y el seguro popular de salud, como su brazo operativo y la efectiva coordinación interinstitucional y unificación de los tres subsistemas integrantes del Sistema Nacional de Salud, sean una respuesta a la visión, compromiso, responsabilidad y honestidad, de contar en el país con mejores servicios de salud para todos los mexicanos y que los servicios de salud a la persona, con acceso realmente efectivo a la atención médica, sean una realidad para todos y en forma prioritaria, para nuestros viejos de hoy y de mañana.

El Estado, con independencia de un modelo central, liberal o social, como Estado de Derecho, no debe, ni puede permanecer ajeno en el ámbito de este derecho constitucional, en especial, de nuestras personas viejas, pues consideramos que la salud, además de ser un derecho humano fundamental, debiera ser un tema que nos unifique y un valor que fortalezca el entramado social.

## CONCLUSIÓN

En México, en el contexto del Estado de Derecho, del derecho constitucional de la salud y de la seguridad social, en el período 1970 2008, hemos evidenciado de manera teórica y empírica, la insuficiencia en la protección social de la vejez.

Insuficiencia que mostramos, primero, por la ausencia o vacío del concepto de vejez; además por la existencia de factores normativos e institucionales que por su heterogeneidad y desarticulación, inciden en dicha insuficiencia, en términos generales en la población abierta y en forma específica, en las personas viejas, en el primer y segundo subsistema de protección de la seguridad social en el nivel contributivo.

Insuficiencia en la protección social de la salud, que evidenciamos en el tercer subsistema de protección social, consistente en las limitaciones al acceso efectivo de la atención médica de los servicios de salud a la persona; en términos de la población abierta en general y de manera específica en las personas viejas. Ello, por la fragmentación y dispersión en las normas, instituciones y en las relaciones de coordinación intra e interinstitucionales en los órdenes de gobierno federal y local.

Hipótesis planteada que hemos demostrado, de manera teórica y empírica, en ambas dimensiones de la hipótesis, en el nivel nacional y municipal; además en ambas dimensiones, por la insuficiencia en la infraestructura hospitalaria médica instalada y la carencia de programas específicos y prioritarios en salud a las personas viejas.

## BIBLIOGRAFÍA

## BIBLIOGRAFÍA

ALONSO OLEA, Manuel, Tortuero Plaza, José Luís. *Las Instituciones de Seguridad Social*. Ed. Civitas, Madrid, 2002.

BEAUVOIR, Simone De. *La vejez*. Trad. Aurora Bernárdez. Ed. Hermes, México, 1983.

BISCARETTI DI RUFFIA, Paolo. *Introducción al derecho constitucional comparado*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1975.

BOBBIO, Norberto. *Estado, Gobierno y Sociedad*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

BRICEÑO RUIZ, Alberto. *Derecho Mexicano de los Seguros sociales*. Ed. Harla, México, 1987.

CAMPS, Victoria. *Revista rev mul gerontol*. Universidad POMPEU Fabra. Barcelona, 2003.

CARBONELL, Miguel. *Comentario al artículo 4º constitucional, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Comentada y Concordada*, Ed. Porrúa, México, 2000.

*Elementos de derecho constitucional.* Ed. Fontamara. México. 2004.

*La constitución en serio: Multiculturalismo, igualdad y derechos sociales.*  
Ed. Porrúa, UNAM, México, 2001.

CARBONELL, Miguel, Cruz Barney, Oscar, Pérez Portilla, Carla. *Comp. Constituciones históricas de México.* Ed. Porrúa, México, 2002.

CARBONELL, Miguel. Orozco, Wistano, Vázquez, Rodolfo. *Coord. Estado de Derecho, Concepto, Fundamentos y Democratización en América Latina.*  
Ed. Siglo XXI, México, 2002.

CARPIZO, Jorge, Carbonell, Miguel. *Derecho constitucional.* Ed. Porrúa, México, 2003.

CARPIZO, Jorge. *La constitución mexicana de 1917.* Ed. Porrúa, México, 2004.

CHAPOY BONIFAZ, Dolores Beatriz. *Planeación, Programación y Presupuestación.*  
Ed. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2003.

CICERÓN, Marco Tulio. *De La Vejez de la amistad.* Trad. Vicente López Soto. Ed. Mateos. España. 2000.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Informe de Resultados al Primer Semestre de 2008, e Informe de Resultados al Primer Semestre de 2009, México, 2009.

Consejo de Desarrollo Social. Programa de Atención al Adulto Mayor: el fenómeno del envejecimiento de la población en el Estado de Nuevo León; un reto de la política social. Cuadernos del Consejo de Desarrollo Social. Monterrey, N.L., México, 2006.

Contrato Colectivo de Trabajo 2003-2005 celebrado entre PEMEX y el Sindicato Único de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana. Ed. PEMEX, México, 2003.

Contrato Colectivo de Trabajo 2008 2010, celebrado entre CFE y el Sindicato Único de Trabajadores Electricistas de la República Mexicana. Ed. CFE, México, 2008.

CONTRERAS, Mario, Tamayo, Jesús. *Antología, México en el siglo XX 1913-1920*. Ed. UNAM, México, 1983.

COSSÍO DÍAZ, José Ramón. *Estado Social y Derechos de Prestación*. Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1989.

*Constitución, Tribunales y Democracia*. Ed. Themis, México, 1998.

*Dogmática constitucional y régimen autoritario*. Ed. Fontamara, México, 2005.

DE BUEN L, Néstor. *Seguridad Social*. Ed. Porrúa, México, 1999.

*El estado de malestar*. Ed. Porrúa, México, 1997.

DE LA CUEVA, Mario. *El nuevo derecho del trabajo mexicano*. Ed. Porrúa, México,



1991.

DE LA TORRE VILLAR, Ernesto. *La Constitución de Apatzingán y los creadores del Estado Mexicano*. Ed. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas., México, 1964.

DÍAZ, Daniela, Fundar Centro de Análisis e Investigación, A.C., *Mortalidad materna y gasto público*. México, 2008.

Diccionario de la Real Academia Española. 22ª. Ed. Espasa. T.II. h/z. España. 2001.

Diccionario Jurídico Mexicano. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas. Ed. Porrúa, México, 2005.

HERNÁNDEZ CHÁVEZ, Alicia. *Historia de la Revolución Mexicana. Período 1934-1940. La mecánica cardenista en México*. Ed. El Colegio de México, México, 1979.

ERAÑA SÁNCHEZ, Miguel Ángel. *La protección constitucional de las minorías parlamentarias*. Ed. Porrúa, México, 2004.

FAJARDO ORTIZ, Guillermo. *La Atención médica en México a lo largo de siglo XX. Memorias del 1er coloquio interdisciplinario de seguridad social*. Ed. UAM. México, 2002.

FARFÁN MENDOZA, Guillermo. *Los orígenes del seguro social en México: un enfoque neoinstitucional histórico*. Ed. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2009.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. *Gerontología social*. Madrid, 2000.

- FERNÁNDEZ VARELA MEJÍA, Héctor, Sotelo Monroy, Gabriel E. Los derechos humanos y la salud pública. *Revista Facultad de Medicina, UNAM*, Vol. 43, No. 6 Noviembre - Diciembre 2000, México, 2001.
- FERRAJOLI, Luigi. *Garantismo: Una discusión sobre derecho y democracia*. Madrid. 2006.
- FIGUERUELO BURRIEZA, Ángela. *La protección constitucional de las personas mayores. UNED. Teoría y realidad constitucional*. Num. 14. 2004. España, 2004.
- FRENK J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. *Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México*. Salud Pública. México, 2007.
- FRENK J. LOZANO R., González-Block MA, Et al. *Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Informe Final. México, DF. Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- FRENK, Julio, Et al, *La seguridad social en salud; perspectivas para la reforma*, en Fernando Solís Soberón y F. Alejandro Villagómez, Comps. *La seguridad social en México*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1999.
- GONZÁLEZ PIER, Eduardo, Et al, *Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el sistema de protección social en salud de México*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2007.
- GONZÁLEZ, Maria del Refugio, López Ayllón, Sergio. *Transiciones y diseños institucionales*. Ed. UNAM. México, 2000.

GONZÁLEZ, María del Refugio. *Comp. Historia del derecho*. Ed. UAM-Instituto Mora, México, 1992.

GUASTINI, Riccardo. *Estudios de teoría constitucional*. Coord. Carbonell, Miguel. Ed. Fontamara, México, 2001.

HAM CHANDE, Roberto. *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. Ed. Colegio de la Frontera Norte A.C., México, 2003.

HAM CHANDE, Roberto, Ramírez López, Berenice P., Comp., *Efectos económicos de los sistemas de pensiones*. Ed. El Colegio de la Frontera Norte, México, 2006.

HELLER, Hermann. *Teoría del Estado*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1942.

HUERTA OCHOA, Carla. *Constitución y diseño constitucional*. Boletín Mexicano de derecho comparado, nueva serie, Año XXXIII, Número 99. México, 2003.

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social y la crisis financiera del esquema de jubilaciones y pensiones de sus trabajadores. Ed. Buena idea, México, 2004.

INEGI, Los Adultos Mayores en México, Perfil sociodemográfico al inicio del Siglo XXI. Ed. INEGI, México, 2005.

INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Perfil Sociodemográfico de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. INEGI, México, 2002.

ISSSTE. La Seguridad Social de los Trabajadores del Estado: Avances y Desafíos. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2005.

JOHN ERIC, Stuart, Paul H, *Enciclopedia of Social Welfare History in Nort America*, Sage, Estados Unidos. 2005.

KELSEN, Hans. *Teoría General del Estado*. Trad. Luis Legaz Lacambra. Ed. Coyoacán, México, 2005.

Kenny, D. A. *Interpersonal perception: Social Relation*. New York. 1994.

KURCZYN VILLALOBOS, Patricia. *La nueva ley del seguro social*, Anuario Jurídico, Nueva serie 1995. Ed. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1995.

LÓPEZ ARELLANO, Olivia y Blanco Gil, José. Salud Colectiva. Vol. 4. Núm.3, Lanús sept/dic. 2008, *Caminos divergentes para la protección social en salud en México*. Ed. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2008.

LÓPEZ, O, Blanco J. *Salud y nuevas políticas sociales en México* en Peña, F. Alonzo, Coord. *Cambio Social, antropología y salud*. México, CONACULTA, 2006.

LÓPEZ AYLLÓN, Sergio. *Las transformaciones del sistema jurídico y los significados sociales del derecho en México. La encrucijada entre tradición y modernidad*. Ed. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1997.

- LÓPEZ AYLLÓN, Sergio. Fix Fierro, Héctor. *Tan cerca tan lejos estado de derecho y cambio jurídico*. Ed. UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2002.
- MALDONADO MOLINA, Juan Antonio. *La protección de la vejez en España*. España. 2002.
- MARTÍNEZ NEIRA, Dalia. *Los viejos en la calle: en busca del sustento económico en la ciudad de Monterrey Nuevo León*, Monterrey, México, 2005.
- MENDIZÁBAL BERMÚDEZ, Gabriela. *Comentarios a la nueva ley del ISSSTE: aspectos positivos y negativos en el otorgamiento de prestaciones*, UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Revista Latinoamericana de Derecho Social, Núm. 5, julio-diciembre 2007, México, 2008.
- La Seguridad Social en México*. Ed. Porrúa, México, 2007.
- MONTIEL, Lucía. *Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria*. Rev. IIDH Vol. 40. México, 2005.
- MORENO MONSIVÁIS, María Guadalupe. *Factores de riesgo de exclusión social determinantes de la calidad de vida del adulto mayor del área metropolitana de Monterrey*. UANL, Facpya, México, 2009.
- NARRO ROBLES, José. *La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.
- NIGENDA, Gustavo. *El seguro popular de salud en México: Desarrollo y retos para el futuro*. México, 2005.

NORIEGA CANTÚ, Alfonso. *Los derechos sociales creación de la revolución de 1910 y de la constitución de 1917*. Ed. UNAM. Instituto de investigaciones Jurídicas, México, 1988.

NÚÑEZ TORRES, Michael. *La capacidad legislativa del gobierno desde el concepto de institución*. Ed. Porrúa, México, 2006.

Oficina Internacional del Trabajo. *Introducción a la Seguridad Social*. Ed. Omega, México. 1992.

Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2000*. Ed. OMS, USA, 2000.

PALACIOS, Alejandro. *Teoría General del Estado*. Ed. Miguel Ángel Porrúa. México, 1999.

PONCE ESTEBAN, Maria Enriqueta. *Situación Jurídica de la vejez en México frente a panorama mundial*, Rev. Jurídica No. 36, Anuario de derecho de la Universidad Iberoamericana, México, 2007.

RABASA, Emilio. *Historia de las constituciones mexicanas*. Ed. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1994

RADBRUCH, Gustav. *Introducción a la filosofía del derecho*. Trad. Wenceslao Roses. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1951.

RAMÍREZ FONSECA, Francisco. *Ley del Seguro Social, Comentada*, Ed. Pac, México, 1994.

RODRÍGUEZ CAMPOS, Ismael. *Manual de redacción jurídica*. Ed. Lazcano Garza,

México, 2008.

*Técnicas de investigación documental*. Ed. Lazcano Garza, México, 1997.

*La Influenza AH1N1 y el Derecho del Trabajo*. Ed. Lazcano Garza, México, 2009.

RODRÍGUEZ MANZINI, Jorge. *Derecho del trabajo y de la seguridad social*. Ed. Astrea, Argentina, 2004.

RODRÍGUEZ RAMOS, José María, Corelli Hernández, Juan, Vilches Porras, Maximiliano. *Sistema de Seguridad Social*. Ed. Tecnos., España, 2005.

RUIZ MORENO, Ángel Guillermo. *Nuevo Derecho de la Seguridad Social*. Ed. Porrúa, México, 2001.

*Las afores el nuevo sistema de ahorro y pensiones*. Ed. Porrúa, México, 2004.

SALVAREZZA, Leopoldo. Comp. *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. Ed. Paidós, Argentina, 2000.

SÁNCHEZ SÁNCHEZ, Víctor Manuel. *Surgimiento del sindicalismo electricista*, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1978.

SCMELKES, Corina. *Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación*. Ed. Oxford, México, 1998.

Secretaría de Salud, *Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos*. Ed. Fondo de Cultura Económica,

México, 2006.

Secretaría de Salud. *Programa de acción Especifico 2007 2012 Investigación para la salud*. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de alta especialidad. México, 2008.

SILVA HERZOG, Jesús. *Breve historia de la revolución mexicana*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1965.

SOBERANES FERNÁNDEZ, José Luís. *La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. Ed. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 2000.

SOTO, Luis. *Acciones y Reacciones*. Ed. El Financiero, México, 1991.

SUSÍN, Raúl. *Memoria del coloquio sobre derechos sociales*. Ed. Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2006.

TAMAYO Y SALMORAN, Rolando. *Sobre el Sistema Jurídico y su Creación*. Ed. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1976.

TAMEZ GONZÁLEZ, Silvia y Eibenschutz, Catalina. *El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud*, Revista de Salud Pública. vol.10 supl.1, Bogotá, 2008.

TELLO, Carlos. *La Nacionalización de la Banca en México*. Ed. Siglo XXI. México, 1984.

TENA RAMÍREZ, Felipe. *Leyes fundamentales de México*. Ed. Porrúa, México, 1975.

TENA SUCK, Rafael. Italo, Hugo. *Derecho de la Seguridad Social*. Ed. Pac, México,



1987.

TORRES ESTRADA, Pedro. *Comp. Neoconstitucionalismo y Estado de Derecho*. Ed. Limusa, México, 2006.

TRUEBA URBINA, Alberto y Trueba Barrera, Jorge. *Legislación Federal de Derecho Burocrático, con comentarios, jurisprudencia y disposiciones complementarias*. Ed. Porrúa, México, 1999.

UPRIMMY, Rodrigo. *Los derechos sociales como técnica de protección jurídica en Memoria del Coloquio sobre Derechos Sociales*. Ed. Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, 2006.

URBINA FUENTES, Manuel, Et al. *La experiencia mexicana en la salud pública, oportunidad y rumbo para el tercer milenio, Rezagos y Desafíos*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006.

VILLARREAL, René. *Liberalismo Social y Reforma de Estado*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.

WARMAN, Arturo. *La política social en México, 1989-1994, Kumate, Jesús, Balance sectorial de Salud: cinco años de gobierno* Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1994.

WILKIE, James, W. *La Revolución Mexicana (1910 1976): Gasto Federal y Cambio Social*. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1987.

YUNES LINARES, Miguel Ángel. Cord. *La reforma del ISSSTE: Un cambio necesario*. Ed. ISSSTE-OISS. México. 2009.

ZAGREBELSKY, Gustavo. *El Derecho Dúctil*. Ed. Trota, Madrid, 2005.

ZIPPELIUS, Reinhold. *Teoría General del Estado*. Trad. Fix Fierro, Héctor. Ed. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 1985.

ZORRILLA ARENA, Santiago. *50 años de política social en México*, Ed. Limusa, México, 1988.

## LEGISLACIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Comentada y concordada Cord. Miguel Carbonell. Ed. Porrúa. UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas, México, 2003.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Publicada en el Diario Oficial del 5 de febrero de 1917.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 25 de junio de 2002.

Ley de Asistencia Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 2 de septiembre de 2004.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Nuevo León, publicada en el Periódico Oficial del Estado de 27 de julio de 2005.

Ley de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas, publicada en Diario Oficial de la Federación de 9 de julio de 2003.

Ley de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas, publicada en Diario Oficial de la

Federación de 29 de junio de 1976.

Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.  
Legislación de Seguridad Social, Leyes y Códigos de México, Ed. Porrúa,  
México, 1998.

Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado,  
publicada en el Diario Oficial de la Federación de 27 de diciembre de 1983.

Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado,  
publicada en el Diario Oficial de la Federación de 31 de marzo de 2007.

Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación de 21 de  
diciembre de 1995.

Ley del Seguro Social publicada en el Diario Oficial de la Federación de 1º de abril  
de 1973.

Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 19 de enero  
de 1943.

Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación de 7 de febrero  
de 1984.

Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación de 7 de febrero  
de 1984, con reformas de agosto de 2003.

Ley General de Salud, Ed. SISTA, México, 2009.

Legislación de Seguridad Social, Ed. SISTA, México, 2009.

Ley Orgánica del Administración Pública en el Estado de Nuevo León, última reforma publicada en el Periódico Oficial del Estado de 2 de octubre de 2009.

Ley de los Sistemas de ahorro para el Retiro, publicada en el Diario Oficial de la Federación de 23 de mayo de 1996.

Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro publicada en el Diario Oficial de la Federación de 22 de julio de 1994.

Decreto de creación del Ahorro para el Retiro, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 24 de febrero de 1992.

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 30 de mayo de 2001.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 31 de mayo de 2007.

Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud, México, 2001.

.

Programa Nacional de Salud 2007-2012. Secretaría de Salud, México, 2007.

Reglamento de Jubilaciones y Pensiones para los Trabajadores del IMSS, Contrato Colectivo de Trabajo, 2005-2007 celebrado entre el IMSS y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. México, 2008.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. Secretaría de Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 2006.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 19 de enero de 2004.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León, publicado en el Periódico Oficial del Estado Número 130 de 12 de octubre de 2004.

Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Nuevo León, publicado en el Periódico Oficial del Estado de 12 de mayo de 2006.

Acuerdo Nacional de Coordinación base para la Descentralización de los Servicios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 25 de septiembre de 1996.

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los servicios de salud de 25 de septiembre de 1996 y Convenio de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud a población abierta en el Distrito Federal de 3 de julio de 1997.

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los servicios de salud y Convenio de Coordinación para la descentralización de los servicios de salud a población abierta, en Nuevo León de agosto de 1996.

Acuerdo de Coordinación para la ejecución del sistema de Protección Social en Salud celebrado entre la Secretaría de Salud y el gobierno del Estado de Nuevo León, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 15 de julio de 2004

Acuerdo de Coordinación para la ejecución del sistema de Protección Social en Salud celebrado entre la Secretaría de salud y el gobierno del Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación de 10 de agosto de

2005.

## CONSULTA DE INTERNET

Adulto Mayor en el DF, en: [www.adultomayor.df.gob.mx](http://www.adultomayor.df.gob.mx). Fecha de consulta marzo 2010.

Anuario Estadístico de Pensionados; Sistema de Pensiones "SPES", visible en la pagina: [www.imss.org.mx/anuarioestadisticodepensionados2008.htm](http://www.imss.org.mx/anuarioestadisticodepensionados2008.htm). Fecha de consulta marzo 2010.

Caro López, Elizabet. Nuevas Políticas para Adultos Mayores; el caso del Distrito Federal de la asistencia a la participación social en [www,insp.mx.adulosmayores.art](http://www.insp.mx/adulosmayores.art). Fecha de consulta febrero de 2010.

CONAPO comunicado de prensa 08/ 07 de 3 de abril de 2007 [www.conapo.org.mx](http://www.conapo.org.mx). Comunicados de prensa 2007. Fecha de consulta diciembre de 2009.

CONAPO Datos actualizados envejecimiento 2005 a 2008 en:  
<http://www.conapo.gob.mx/prensa/2009/bol090407b>.  
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje02>  
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/06.pdf> Fecha de consulta diciembre de 2009

CONAPO Informe de Ejecución 2005-2006 del Programa Nacional de Población 2001-2006. [www.secretariadesalud.conapo.org.mx](http://www.secretariadesalud.conapo.org.mx). Fecha de consulta diciembre de 2009.

Consejo de Desarrollo Social en el Estado de Nuevo León en: <http://www.nl.gob.mx/apoyoadultosmayores>. Administración de gobierno 2003 2009. Consulta

marzo 2010

Contrato Colectivo de Trabajo celebrado por Comisión Federal de Electricidad y el SUTERM, la pagina de Internet de CFE, [www.cfe.org.mx](http://www.cfe.org.mx) Fecha de consulta junio de 2008.

Coordinación de Afiliación al Régimen Obligatorio. Coordinación de Prestaciones Económicas. Memoria Estadística del IMSS 2008. [www.imss.org.mx/estadística/finanzas/m\\_est2008.cp\\_2.htm](http://www.imss.org.mx/estadística/finanzas/m_est2008.cp_2.htm). Fecha de consulta diciembre de 2009.

Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades 2006.

[http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs\\_eval\\_2006.php](http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs_eval_2006.php).

Nueva fecha de consulta marzo de 2010.

Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar de los beneficiarios del Componente para Adultos Mayores (AM) del Programa Oportunidades 2006. [http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs\\_eval\\_2006.php](http://evaluacion.oportunidades.gob.mx:8010/es/docs/docs_eval_2006.php). Fecha de consulta diciembre de 2008.

El seguro popular de salud y programas de salud en el DF. <http://www.fundacion-christlieb.org.mx/estudios/estudio61.pdf>. Fecha de consulta febrero de 2010

ENASEM Encuesta nacional de salud en México, 2001 en: Adultos Mayores Mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento, de Wong Rebeca, Et al, visible [www.insp.mx/rsp/articulos/articulo](http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo). Consulta

diciembre de 2009.

Encuesta de percepción sobre beneficios y evaluación de la pensión alimentaria para adultos mayores de 70 años residentes en el DF. [www.adultomayor.df.gob.mx](http://www.adultomayor.df.gob.mx). Consulta marzo de 2010.

Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007, Instituto Nacional de Salud Pública, Resumen Ejecutivo 2008. [www.insp.mx](http://www.insp.mx). Fecha de consulta junio de 2009.

Evaluación realizada por el CONEVAL, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, para el periodo 2008. En [www.sedesol.gob.mx/](http://www.sedesol.gob.mx/) coneval-informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2008. Fecha de consulta diciembre de 2009.

Gasto en salud y en infraestructura hospitalaria en México, [www.fundar.org.mx/diagonal](http://www.fundar.org.mx/diagonal) No..2000/pdf/ [tendenciadelgasto.pdf](http://www.fundar.org.mx/diagonal/No..2000/pdf/tendenciadelgasto.pdf) y [http://www.fundar.org.mx/np2009/pdf/tendencias del gasto.pdf](http://www.fundar.org.mx/np2009/pdf/tendencias%20del%20gasto.pdf). Fecha de consulta diciembre de 2009

Grupos vulnerables en: [http://www3.diputados.gob.mx/camara/001\\_diputados/008\\_comisioneslx001\\_ordinarias/003\\_atencion\\_a\\_grupos\\_vulnerables](http://www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/008_comisioneslx001_ordinarias/003_atencion_a_grupos_vulnerables). Fecha de consulta diciembre de 2009.

IMSS oportunidades en <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/historia.htm>. Fecha de consulta marzo de 2010.



IMSS datos actualizados a 2008.  
[http://www.imss.gob.mx/estadística/financiera/m\\_est.2008.cap2.htm](http://www.imss.gob.mx/estadística/financiera/m_est.2008.cap2.htm).  
Memoria estadística del IMSS 2008. Fecha de consulta marzo de 2010..

IMSS <http://www/imss.gob.mx/NR/rdonlyres/803FDE8E-2E454085-AAF2-D51964201A3F0/cap.3.pdf>. Fecha de consulta diciembre de 2009

INEGI Esperanza de vida en: <http://www.inegi.gob.mx/poblacion/esperanza>. Fecha de consulta marzo de 2010.

ISSSTE Pensiones en: [http://www.issste.gob.mx./pensiones/issste/montos de pensión](http://www.issste.gob.mx./pensiones/issste/montos_de_pension). Fecha de consulta marzo de 2010.

ISSSTE Montos de pensiones y pensionados en: <http://www.comfin.com.mx/comunicados/ixe/07/mar/issste.pdf>. Fecha de consulta marzo de 2010.

La salud en México: 2006/ 2012 Visión Funsalud en: [www.funsalud.org.mx](http://www.funsalud.org.mx).. La salud en México 2006/2012. Fecha de Consulta marzo de 2010.

Organización Mundial de la salud en: <http://www.oms.org>. Salud para todos en el siglo XXI y <http://www.who.int/es/> OMS. Fecha de consulta marzo de 2010.

Organización Panamericana de la Salud, Encuesta SABE 2001 e informes preliminares en: [www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls\\_new/docs/dip\\_ls/](http://www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls_new/docs/dip_ls/) . Fecha de consulta diciembre de 2009.

Programa Estatal de Salud en el Estado de Nuevo León, periodo 2004 2009, en [lwww.nl.gob.mx./pics/pages/,programas\\_sectoriales/dsalud\\_09.pdf](http://www.nl.gob.mx./pics/pages/,programas_sectoriales/dsalud_09.pdf).

Consulta marzo de 2010

Programa Institucional 2008 2012 Del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el DF. [www.adultomayor.df.gob.mx/](http://www.adultomayor.df.gob.mx/). Fecha de consulta marzo de 2010.

Programas del INAPAM en: <http://www.inapam.gob.mx/index/index.php>. Fecha de consulta marzo de 2010

Reglamento de Jubilaciones y pensiones del IMSS, en <http://www.imss.gob.mx/memoriaestadística/2008/cap.V/> valuación del pasivo laboral del Instituto en su carácter de patrón RJP. Fecha de consulta marzo de 2010.

Secretaría de Salud, seguro popular de salud cobertura en Nuevo León en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/cobertura\\_popup.php?estado=nuvoleon&id=6](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/cobertura_popup.php?estado=nuvoleon&id=6). Fecha de consulta 10 de marzo de 2010

Secretaría de Desarrollo Social, normas internas en: <http://www.sedesol.gob.mx/normatecainterna>. Fecha de consulta enero 2010.

Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud, seguro popular de salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/cobertura.php>. Fecha de consulta marzo de 2010

Secretaría de Salud, Programa de acción específico 2007 2012 Envejecimiento, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México 2008, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx), programa de acción específico 2007 2012 Envejecimiento. Fecha de consulta marzo de 2010

Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007 2012 Investigación para la salud, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México 2008 en:

[www.salud.gob.mx/descargas/PAEIPS.pdf](http://www.salud.gob.mx/descargas/PAEIPS.pdf). Fecha de consulta marzo de 2010

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2000 2006, 2007 2012 en: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). Fecha de consulta marzo de 2010.

Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2007, México, 2008, Subsecretaria de Innovación y Calidad, a través de la Dirección General de Evaluación al Desempeño en: [www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx). Fecha de consulta marzo de 2010.

Secretaría de Salud. Rendición de cuentas en salud 2008, México 2009. en: [www.dged.salud.gob.mx](http://www.dged.salud.gob.mx). Fecha de consulta marzo de 2010.

Secretaría de Salud. Seguro popular de salud en: [http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguo\\_popular/](http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguo_popular/), Consulta marzo de 2010

Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud, Informe de resultados 2008, México, visible en: [www.salud.gob.mx/sistemade\\_proteccion\\_social\\_en\\_salud/informe\\_de\\_resultados\\_2008](http://www.salud.gob.mx/sistemade_proteccion_social_en_salud/informe_de_resultados_2008). Fecha de consulta enero 2010.

Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2000 ENSA y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2001. ENSANUT. [www.salud.gob.mx/encuestasensalud](http://www.salud.gob.mx/encuestasensalud). Consulta Diciembre 2009.

