CENTRO DE ESTUDIOS DE DERECHO E INVESTIGACIONES PARLAMENTARIAS

PRECARIEDAD Y SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

SERGIO FEDERICO SIERRA ROMERO

DOCUMENTO DE TRABAJO

2024

CÁMARA DE DIPUTADOS
LXVI LEGISLATURA
SOBERANÍA Y JUSTICIA SOCIAL

CEDIP
CENTRO DE ESTUDIOS DE DERECHO E INVESTIGACIONES PARLAMENTARIAS

PRECARIEDAD Y SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

PRECARIOUSNESS AND SOCIAL SECURITY IN MEXICO

Sergio Federico SIERRA ROMERO[1]

RESUMEN: La falta de acceso a la seguridad social por parte de la población ocupada de manera precaria, vulnera su derecho universal a la protección social y constituye un reto sustantivo del desarrollo. El objetivo de esta investigación ha sido analizar los principales elementos de la precariedad laboral en México, vinculados a la seguridad social y priorizando el acceso a servicios médicos y aseguramiento pensionario, por su relación directa con la calidad de vida de la población trabajadora y sus familias, así como por sus retos financieros e institucionales. Las reformas recientes al marco normativo mexicano, que regula el acceso a estos componentes de la seguridad social por parte de la población no afiliada a los sistemas contributivos, abordan los aspectos fundamentales del problema; sin embargo, los retos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad de todo sistema de protección social siguen presentes en la agenda legislativa y las decisiones presupuestarias de la Cámara de Diputados.

PALABRAS CLAVE: Trabajo precario, pensiones, servicios médicos

ABSTRACT: The lack of access to social security by the population employed in precarious conditions violates their universal right to social protection and constitutes a substantive development challenge. The objective of this research has been to analyze the main elements of job precariousness in Mexico, linked to social security and prioritizing access to medical services and pension insurance, due to its direct relationship with the quality of life of the working population and their families, as well as its financial and institutional challenges. The recent reforms to the Mexican regulatory framework, which regulates access to these components of social security by the population not affiliated to contributory systems, address the fundamental aspects of the problem. However, the challenges of coverage, sufficiency and sustainability of any social protection system are still present in the legislative agenda and budgetary decisions of the Chamber of Deputies.

KEYWORDS: Precarious work, pensions, medical services

[1] Investigador A del Centro de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias de la Cámara de Diputados, maestro en Políticas Públicas Comparadas por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Precarización del trabajo y acceso a la seguridad social*. III. *Derecho a la seguridad social*. IV. *Precariedad y seguridad social en la LXV Legislatura*. V. *Conclusiones*. VI. *Anexos*. VII. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

En la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2015, se aprobó la Agenda 2030. Entre los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda, se incluyó el Objetivo 8, que apunta a promover un crecimiento económico inclusivo y sostenible, generador de empleos suficientes y de calidad, bajo los principios del trabajo decente. La Organización Internacional del Trabajo (OIT)[2] identificaba en la *Agenda de Trabajo Decente* (1999) cuatro pilares estratégicos: la promoción de los derechos en el trabajo; la generación de oportunidades de empleo; la protección social contra situaciones de vulnerabilidad y el fomento al diálogo social.[3]

El ODS 1 *Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo* considera como meta 1.3: "Implementar a nivel nacional sistemas y medidas apropiados de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, de aquí a 2030, lograr una amplia cobertura de las personas pobres y vulnerables".[4] Ahora bien, el término "protección social" integra diversos elementos, y la Comisión Europea lo define como el conjunto de:

> (...) políticas y acciones que: mejoran la capacidad de todas las personas, pero en particular de los grupos pobres y vulnerables, para salir de la pobreza o evitar caer en ella, y gestionar mejor los riesgos y las crisis y tienen como objetivo proporcionar un mayor nivel de seguridad social a través de la seguridad de los ingresos y el acceso a los servicios esenciales (en particular, la salud y la educación) durante los

[2] Las siglas OIT se utilizan indistintamente para referirse a la Organización Internacional del Trabajo y a la Oficina Internacional del Trabajo. La primera es un organismo internacional tripartito, conformado por 187 Estados miembros, representados por delegados gubernamentales, de trabajadores y empleadores, y que deliberan en condiciones de igualdad en la elaboración de políticas de desarrollo y protección de los derechos laborales; mientras que la Oficina, es la secretaría permanente de la Organización. OIT, "Acerca de la OIT", acceso el 10 de junio de 2024, https://www.ilo.org/es/acerca-de-la-oit

[3] OIT, "Trabajo decente", s.p.

[4] Asamblea General de las Naciones Unidas. "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", 17.

> períodos de actividad e inactividad y los períodos de necesidad a lo largo del ciclo de vida.[5]

La protección social, por tanto, comprende a la seguridad social, sin que sean sinónimos. En este sentido, conviene precisar los alcances particulares de este concepto, a partir de la definición de la Asociación Internacional de la Seguridad Social:

> Cualquier programa de protección social establecido por ley, o cualquier otra disposición obligatoria, que proporcione a las personas un grado de seguridad de ingresos frente a las contingencias de vejez, sobrevivencia, incapacidad, invalidez, desempleo o crianza de los hijos, así como acceso a atención médica curativa o preventiva. (…) [L]a seguridad social puede incluir programas de seguro social, programas de asistencia social, programas universales, planes de beneficios mutuos, fondos nacionales de previsión y otros arreglos que incluyen enfoques orientados al mercado que, de acuerdo con la ley o la práctica nacional, forman parte del sistema de seguridad social de un país.[6]

Ahora bien, el *Convenio sobre la seguridad social 1952 – norma mínima* (núm. 102) de la OIT establece la norma mínima para el nivel de prestaciones de seguridad social, la cual comprende nueve ramas principales: asistencia médica, enfermedad, desempleo, vejez, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, familia, maternidad, invalidez, y prestaciones de sobrevivientes. En el caso de las prestaciones por vejez, si bien se considera principalmente a la población asalariada, la norma también incluye "otras categorías de la población económicamente activa" y la *Recomendación sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes* (OIT, 1967, núm. 131) habla de que todo país miembro de la Organización debería extender la aplicación de esta legislación a todas las personas económicamente activas (numeral 2).

En una declaración conjunta, la OIT y el Banco Mundial destacan que la protección social es una prioridad para el desarrollo sostenible y la cobertura y acceso universales a la misma son metas indisolubles para reducir la pobreza y desigualdad en el año 2030. Asimismo, "los sistemas de protección social bien diseñados y puestos en práctica correctamente pueden ser un importante vector

[5] Comisión Europea, "Communication from the Commission to the European Parliament…", s.p.

[6] Asociación Internacional de Seguridad Social. "What is social security", Social security: A fundamental human right, s.p.

para transformar un país, mejorar el capital humano y la productividad, erradicar la pobreza, reducir las desigualdades y contribuir a construir la paz social".[7]

En la Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en junio de 2019, como parte de la *Declaración del Centenario de la OIT para el Futuro del Trabajo*, se señaló que esta Organización orientaría sus esfuerzos para "adoptar y ampliar sistemas de protección social que sean adecuados y sostenibles y estén adaptados a la evolución del mundo del trabajo" (numeral II, inciso xv); además de que los países miembros deberían seguir orientando su enfoque del futuro del trabajo centrado en las personas mediante, entre otros aspectos, "el acceso universal a una protección social completa y sostenible" (numeral III, inciso III).[8] Asimismo, la *Comisión Mundial sobre el Futuro* señaló en ese mismo año que, para garantizar la protección social universal, se requería un "piso de protección social que asegure un nivel básico de protección para todas las personas vulnerables, complementado por regímenes contributivos de seguridad social que proporcionen niveles mayores de protección". Para esto, las sociedades deben subsanar las deficiencias en sus sistemas ampliando la cobertura a las personas ocupadas en todas las formas de trabajo, incluyendo a las más vulnerables del sector informal. Sin embargo, la Comisión llama la atención sobre el problema de la sostenibilidad, dadas las tendencias demográficas, los cambios en la organización del trabajo, la disminución en los rendimientos de las inversiones pensionarias y la brecha fiscal.[9]

La extensión de la cobertura de la seguridad social es un reto clave en la mayoría de los países latinoamericanos; sin embargo, el diseño de políticas públicas efectivas requiere considerar las tendencias demográficas nacionales, con sus diferencias subnacionales, los cambios en estructuras familiares, el comportamiento económico, el crecimiento de los mercados de trabajo informales, los patrones epidemiológicos y medioambientales. De acuerdo con la OIT, en el caso de los sistemas pensionarios, se espera el fortalecimiento de los programas no contributivos, aun cuando los regímenes contributivos continuarán desempeñando un papel fundamental. Como señala la OIT, la combinación de ambos regímenes es esencial para establecer un sistema integral

[7] OIT y El Banco Mundial, "Lanzamiento de la Iniciativa sobre una protección social…", 1 y 2.

[8] OIT, *Declaración del Centenario de la OIT para el futuro del trabajo*, 5 y 6.

[9] Comisión Mundial sobre el Futuro del Trabajo, *Trabajar para un futuro más prometedor*, 36 y 37.

de seguridad social, con un piso de protección social sólidamente establecido. Para esto, serán relevantes esquemas novedosos que incorporen a los trabajadores independientes, campesinos, indígenas, mujeres en condiciones de vulnerabilidad laboral y demás poblaciones excluidas actualmente de la protección social; incluyendo facilidades para la portabilidad de prestaciones entre los distintos regímenes y situaciones laborales.[10]

En el caso de México encontramos que una parte importante de la población ocupada, tanto asalariada como no asalariada, por las condiciones de informalidad bajo las que labora, no tiene acceso a algunos o a la totalidad de los conceptos de seguridad social establecidos por la OIT. Ahora bien, el sociólogo británico Guy Standing incluso acuña un concepto más amplio, el precariado, para referirse al conjunto de personas que comparten la inestabilidad y vulnerabilidad de la población ocupada en condiciones de informalidad, pero que incluye una gama más diversa de situaciones laborales precarias.

El objeto de la investigación es analizar la falta de acceso a la seguridad social de una parte importante de la población económicamente activa (PEA) de México, cuya condición y tipo de ocupación se caracterizan por la precariedad laboral, causa y efecto del problema, así como visibilizar algunas áreas de oportunidad que, desde el ámbito parlamentario, pudieran abordarse para contribuir a reducir esta brecha de desarrollo. Por los alcances de la investigación, el análisis se circunscribe a las ramas de aseguramiento social por vejez y acceso a servicios de salud y, como hipótesis de trabajo, se parte de la afirmación de que la reciente reforma pensionaria y la regulación contenida en la Ley General de Salud en materia de acceso a los servicios de salud para las personas sin seguridad social, resultan insuficientes para asegurar el ejercicio de este derecho social por las personas que laboran de manera precaria en nuestro país. El abordaje metodológico incluyó una revisión de bibliografía sobre el tema, tanto a nivel nacional como internacional, sobre aspectos tanto de política pública como normativos, complementada con indicadores estadísticos del mercado laboral, el acceso a seguridad social y aspectos presupuestarios. Asimismo, se sistematizó información sobre los trabajos legislativos recientes sobre el tema.

[10] OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019*, 201.

El documento resume los principales resultados del estudio en tres apartados adicionales a esta introducción. En el apartado II se abordan los conceptos de precariedad y acceso a la seguridad social, así como el análisis de algunos indicadores en materia pensionaria y de acceso a servicios de salud para el caso mexicano. En el apartado III, se identifican los principales elementos normativos, tanto en el plano internacional como nacional, mientras que en el apartado IV, se revisan los trabajos realizados por la LXV Legislatura de la Cámara de Diputados tendentes a reformar el marco regulatorio correspondiente. Al final, se presentan las principales conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

II. PRECARIZACIÓN DEL TRABAJO Y ACCESO A LA SEGURIDAD SOCIAL

El ODS 8 de la Agenda 2030 precisa como meta 8.5, el generar "empleo pleno, productivo y trabajo decente". Asimismo, para el ODS 1, se define como meta 1.3, la "protección social para todos, especialmente para los pobres y los más vulnerables". Ciertamente que la calidad de un empleo o trabajo se relaciona no solo con los ingresos que se puedan obtener sino también con el acceso a la protección social, en general y a la seguridad social, en particular. En contraparte, la falta de acceso a los diferentes componentes de la seguridad social afecta la calidad de todo trabajo y, junto con otros elementos, definen la condición precaria del mismo. En este apartado, se analizan estos conceptos, se destacan los elementos propios de la condición precaria de un trabajo, además de presentarse los principales indicadores disponibles de este fenómeno y algunas consideraciones sobre los sistemas de salud y pensionarios en México.

1. Precariedad laboral: Más allá de la informalidad

La disponibilidad de opciones de trabajo para las personas es una condición fundamental del desarrollo en cualquier país, pero lo es también que este trabajo les provea de un ingreso suficiente para cubrir sus necesidades, además de apoyos frente a los riesgos del desempleo, accidentes de trabajo, enfermedad, vejez, entre otros aspectos que comprende la seguridad social. Si bien el marco normativo de la mayoría de los países incluye el derecho a la seguridad social para aquellos trabajadores que laboran bajo una condición subordinada, existen otras formas de trabajo no asalariadas, como es el trabajo por cuenta propia, que

desarrollan muchas de las personas ocupadas en labores del campo o en actividades de comercio y servicios en zonas urbanas.

Otro elemento importante a considerar es que la condición no asalariada de un trabajo no define *per ce* la falta de condiciones propias de un "trabajo decente". Este concepto surgió en el marco de la *Conferencia Internacional del Trabajo* celebrada en 1999, e incluye varios elementos tales como: la existencia de empleos suficientes, adecuada remuneración, seguridad en el trabajo, condiciones laborales salubres, seguridad social, seguridad de ingresos, derechos fundamentales del trabajo y diálogo social.[11]

De manera que, el contar con seguridad social es una condición *sine qua non* de todo "trabajo decente". Ahora bien, la falta de seguridad social se ha vinculado a términos como "trabajo informal". Este concepto surgió en la década de los 1970's, en el marco de los programas de desarrollo impulsados por organismos internacionales como la OIT (Kenia, 1972), el Programa Regional de Empleo para América latina y el Caribe (PREALC) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La definición de este sector, sus características, hipótesis causales, relaciones funcionales con actividades formales, impacto fiscal, vinculación con otros términos como "economía subterránea" o "no registrada" han sido objeto de diversos análisis y controversias.[12] Hace tres décadas, Víctor Tockman afirmaba que la regulación y la legalidad se habían convertido en herramientas conceptuales claves para analizar al sector informal, ya que este tipo de actividades se realizan generalmente al margen de la reglamentación y bajo situaciones de ilegalidad ante autoridades locales, fiscales y/o laborales.[13]

De acuerdo con las normas acordadas en la 15ª y 17ª *Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo*, los trabajadores informales se identifican por no estar afiliados a la seguridad social. Asimismo, a los empleadores y trabajadores por cuenta propia se les considera como informales cuando se desempeñan en unidades de producción propiedad de hogares,

[11] Ghai, Dharam, "Trabajo decente. Concepto e indicadores", 125-126.

[12] Para mayor referencia, véase Sierra, "Incorporación de la población al trabajo en México…", 27-37.

[13] Tockman, "Sector informal en América Latina…", 2-23.

incluidas empresas informales por cuenta propia y empresas de empleadores informales (empresas pequeñas y no registradas).[14]

En países como México, las formas de trabajo informal se han diversificado, además de que su peso relativo en la economía se ha mantenido elevado, no obstante las acciones de la autoridad frente a la evasión y elusión fiscales. Las actividades informales, al caracterizarse por la falta de acceso a la seguridad social, se han definido a partir de la condición de que los trabajadores que laboran en las mismas estén o no registrados en los sistemas públicos correspondientes, aun cuando existen otras condicionantes. De manera que, en el sentido de lo afirmado por Tockman, se considera que existen actividades laborales que no están prohibidas por ley pero que, sin embargo, operan al margen de ésta, en condiciones de informalidad por llevarse a cabo sin su debido registro por los sistemas fiscales y/o de seguridad social formales.[15] Independientemente de estas consideraciones, el hecho de que una parte importante de la población se encuentre ocupada en actividades informales no deja de ser excluyente, y el hecho de que se carezca de seguridad social, representa una brecha de desarrollo relevante, especialmente en las áreas rurales y zonas urbanas marginadas.[16]

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) considera que el "círculo vicioso de la informalidad" se puede romper extendiendo la cobertura de la protección social a toda la población trabajadora y sus familias (cobertura universal). En el caso de las personas ocupadas en la economía informal, la ampliación de esta cobertura se puede lograr mediante: i) una combinación de medidas contributivas y no contributivas, de acuerdo con cada grupo distinto de trabajadores, riesgos que enfrentan y capacidades contributivas, y ii) la movilización de ingresos tributarios adicionales. Lo anterior, incluye la posibilidad de incorporar a trabajadores informales del estrato más bajo en esquemas de protección social no contributivos y subsidiar

[14] Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo, citados por OCDE, *Breaking the Vicious Circles of Informal Employment and Low-Paying Work*, 127.

[15] Esta condición informal es distinta a la existencia de actividades ilícitas, prohibidas explícitamente por la ley, como el tráfico de drogas, el robo o el fraude.

[16] Respecto a la diferencia entre lo urbano y lo rural, la OCDE apunta que los trabajadores informales urbanos tienden a contar con un mejor acceso a programas contributivos de protección social, mientras que en áreas rurales, hay una mejor cobertura de programas no contributivos. OCDE, *Breaking the Vicious Circles of Informal Employment and Low-Paying Work*, 26.

su participación en esquemas contributivos. De manera que los esquemas contributivos de protección social constituyen un elemento clave para ampliar la protección social de quienes laboran como informales, incluyendo a los ocupados por cuenta propia y trabajadores domésticos.[17]

Para esta Organización, al buscar extender los regímenes contributivos a los trabajadores informales, es necesario preguntarse previamente ¿si ello pudiera vincularse o no a una relación empleador – trabajador dependiente identificable?, ¿si los trabajadores informales estarían en posibilidades de inscribirse en planes contributivos? y ¿si la inscripción sería voluntaria u obligatoria, a través de la aplicación de la ley?[18] En el caso de los regímenes no contributivos, existen diferentes tipos, tales como esquemas universales de servicios de salud; aquellos que cubren a ciertos grupos de población (infancia) con beneficios universales, u opciones de asistencia social que proveen beneficios a grupos de la población en condiciones de pobreza.[19] Asimismo, en el *10º Encuentro Mundial de Pensiones*, Robert Merton destacó la importancia de que las personas que laboran en la informalidad puedan también ahorrar, para lo cual se hace necesario crear sistemas financieros especialmente diseñados para esta población.[20]

En el *Simposio de los trabajadores sobre políticas y reglamentación para luchar contra el empleo precario*, celebrado del 4 al 7 de octubre de 2011, en la ciudad de Ginebra, con la participación de 149 representantes de organizaciones académicas, de trabajadores, y para el desarrollo de diversos países, se afirmó que con la crisis global (2008 – 2009), la precarización del trabajo se había expandido a millones de trabajadores a nivel mundial, además de desafiado al movimiento sindical y a la propia OIT.[21] Luc Cortebeeck, presidente del Grupo de los Trabajadores de la OIT, destacó que “la lucha contra la precarización no es sólo una cuestión de protección del trabajo, sino también de protección social y, en particular, de los derechos mínimos de seguridad social”.[22]

[17] *Ibid*., 14 y 135.
[18] *Ibid.*, 28.
[19] *Ibid.*, 133.
[20] Merton, Robert, en el *10º Encuentro Mundial de Pensiones*, organizado por el Banco Interamericano de Desarrollo y celebrado en forma virtual el 20 de junio de 2023.
[21] OIT, *Del trabajo precario al trabajo* decente, 1.
[22] *Ibid*., 23

Sin soslayar la importancia de la dimensión de los derechos, la falta de protección social y su relación con la precariedad laboral, responden a factores sistémicos asociados a las tendencias del capitalismo a escala global. De acuerdo a Guy Standing, la aplicación de políticas de corte neoliberal tendentes a flexibilizar el mercado laboral en las últimas décadas del siglo XX, significaron la transferencia de riesgos e inseguridad a los trabajadores y sus familias, lo que ha tomado forma en un "precariado" global, conformado por millones de personas que viven en condiciones de inestabilidad, incluyendo a personas migrantes.[23] La flexibilidad laboral en los 1980's se expresó como la facilidad para que las empresas redujeran su demanda de trabajo y, con ello, la seguridad y protección del empleo; se ampliara la posibilidad de modificar las estructuras laborales al mínimo costo, así como ajustar libremente las habilidades de los trabajadores.[24] Asimismo, significó, tanto en economías de mercado prósperas, como emergentes, la expansión acelerada del "precariato", entendido como un grupo social que enfrenta la ambigüedad en el conocimiento de los empleadores, carencia de estabilidad laboral y de un salario predecible. De manera que están ausentes los beneficios de una "clase obrera" o de un "proletariado", en el sentido tradicional, como son horario fijo, sindicalización y convenios laborales colectivos, e incluso se ha llegado a considerar al "precariato" como una "clase [social] en formación" o un "clase por sí misma".[25]

En el *Simposio*, se definió al "trabajo precario" como "un medio utilizado por los empleadores para trasladar los riesgos y las responsabilidades a los trabajadores"; como aquel tipo de "trabajo que se realiza en la economía formal e informal y que se caracteriza por niveles variables y grados de particularidades objetivas (situación legal) y subjetivas (sensación) de incertidumbre e inseguridad".[26] Otros elementos presentes en este tipo de trabajo, conforme al contexto geográfico (país / región) y tipo de actividad económica, son: "la incertidumbre sobre la duración del empleo [contratos a plazo fijo, corto plazo, temporal, estacional, a jornal o empleo ocasional], la presencia de varios posibles empleadores [falta de identidad], una relación de trabajo encubierta o ambigua [relaciones de trabajo triangulares, falso autónomo, contratos de agencias o subcontratistas], la imposibilidad de gozar de la protección social y los beneficios que por lo general se asocian con el empleo, un salario bajo y

[23] Standing, *The Precariat…,* 1 y 2.
[24] *Ibid*., 6
[25] *Ibid*., 6 y 7
[26] *OIT, Del trabajo precario al trabajo decente,* 32.

obstáculos considerables tanto legales como prácticos para afiliarse a un sindicato y negociar colectivamente".[27]

Estos elementos que definen al trabajo precario coinciden con la carencia de las siete formas de seguridad laboral apuntadas por Standing: i) seguridad en el mercado laboral (oportunidades adecuadas para obtener un ingreso); ii) seguridad en el empleo (protección contra el despido); iii) seguridad laboral (capacidad y oportunidad de conservar un nicho de empleo; iv) seguridad en el trabajo (protección contra accidentes y enfermedades en el trabajo); v) seguridad en la reproducción de habilidades (oportunidades de adquirir habilidades a través del aprendizaje y formación laboral, así como para hacer uso de estas competencias); vi) seguridad de ingresos (garantía de ingresos estables y adecuados); vii) seguridad de representación (sindicalización y derecho de huelga).[28] Un rasgo distintivo adicional del "precariato*"* es la falta de un soporte de la comunidad en tiempos de necesidad, la ausencia de algún tipo de aseguramiento privado o beneficios del Estado, así como una falta de identidad laboral.[29]

Tomás Gutiérrez, citando a Cano (2004) y a Rodgers (2019), distingue cuatro dimensiones a través de las cuales se visibiliza el trabajo precario, a partir de la experiencia europea: i) la inseguridad sobre la continuidad de la relación laboral; ii) insuficiencia de los ingresos salariales; iii) degradación y vulnerabilidad de la situación laboral, y iv) reducción de la protección social para el trabajador, con dos manifestaciones, la pérdida de importancia y flexibilización de la legislación laboral, así como la insuficiente cobertura de los regímenes públicos de protección social, como son las prestaciones por desempleo y las pensiones por jubilación. De manera que la precariedad laboral puede entenderse a partir de la inseguridad del trabajo (empleo temporal o a tiempo parcial y autoempleo) y la pobreza (bajos ingresos).[30]

2. Precariedad laboral y brechas de seguridad social en México

Las condiciones precarias bajo las cuales se encuentra laborando una parte importante de la población ocupada en México, su falta de acceso a los sistemas

[27] *Ibid.* 32-34.
[28] Standing, *The Precariat…,* 9 y 10.
[29] *Ibid.,* 12.
[30] Gutiérrez, "El auge del empleo precario en Europa…", 519, 521-522.

formales de seguridad social, así como la vulneración que ello significa a sus derechos constitucionales a la salud (artículo 4, párrafo cuarto) y al trabajo digno (artículo 123, primer párrafo), constituyen un objeto de estudio amplio y complejo, cuyo análisis detallado rebasa los alcances de esta investigación. No obstante, la disponibilidad de información censal, así como de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), levantada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), permite la identificación de algunas características relevantes del fenómeno. Conforme al objeto de estudio definido en la introducción, el análisis se circunscribe a las ramas de seguridad social relativas al acceso a servicios de salud y aseguramiento por vejez. Dado que la información de este segundo componente es limitada,[31] el análisis se concentra en los indicadores sobre acceso a servicios de salud, asumiendo que una persona ocupada que cuenta con estos servicios por su trabajo también goza de aseguramiento por vejez. Tal es el caso de la población trabajadora afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), al Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) o al sistema de la empresa pública Petróleos Mexicanos (Pemex).

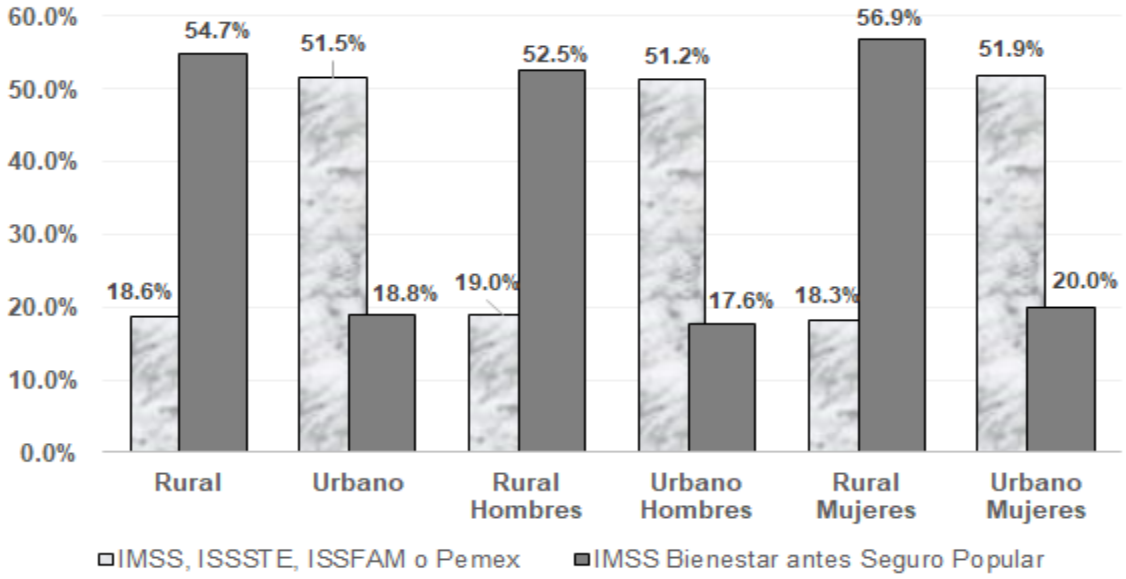
En 2020, de acuerdo con el *Censo de Población y Vivienda*, la población total de México ascendía a 126 millones de personas (mdp): 61.5 mdp eran hombres y 64.5 mdp mujeres; las cuales habitaban principalmente en localidades urbanas de 2,500 habitantes o más (99 mdp), mientras que una quinta parte lo hacía en localidades rurales de menos de 2,500 habitantes (27 mdp). En el cuadro 1 del Apéndice Estadístico (Anexo 1) se aprecia que 73.5% de las personas estaban afiliadas a algún sistema público o privado de salud (derechohabientes), mientras que el restante 26.5% no lo estaba, además de que las mujeres presentaban una tasa de afiliación más elevada que los hombres, y ligeramente más alta en las localidades rurales que en las urbanas.

Esta conclusión, que aparentemente pudiera ser contraria al rezago tradicional de protección social de las mujeres y particularmente de las mujeres rurales, se explica presumiblemente por dos circunstancias. En primer lugar, el

[31] Mientras que el *Censo de Población y Vivienda 2020* preguntó a todas las personas censadas si estaban afiliadas o tenían derecho a servicios médicos en alguna institución de salud pública o privada, detallando la institución específica, en materia del aseguramiento por vejez solamente en el cuestionario ampliado aplicado a una muestra se incluyó la pregunta a las personas de 12 años o más que trabajaban, si contaban por ese hecho con diferentes prestaciones laborales, entre ellas AFORE o SAR.

indicador corresponde al total de la población sin distinguir si las personas estaban económicamente activas o no. En segundo lugar, como se aprecia en la gráfica 1, mientras que solo 18.6% de la población rural estaba afiliada a los sistemas de aseguramiento derivados de una relación laboral (IMSS, ISSSTE, ISSFAM y Pemex), en la población urbana esta proporción se elevaba a 51.5%. En contraste, mientras que 55% de la población rural estaba cubierta por el modelo universal (el ahora denominado IMSS-Bienestar, antes Seguro Popular), en las localidades urbanas la cobertura era sólo del 18.8% y, tanto en uno como en otro tipo de localidad, la proporción de afiliación a este modelo era más alta entre las mujeres que entre los hombres (2.6 puntos porcentuales de diferencia a nivel agregado).

Gráfica 1. Tasas de afiliación a un servicio de salud de la población total, por tipo de servicio, localidad y sexo en 2020



Fuente: elaboración propia, datos del *Censo de Población y Vivienda 2020*, INEGI (cuadro 1, Anexo 1).

En el cuadro 2 (Anexo 1), se observan mayores tasas de afiliación a los servicios de salud de la PEA en las mujeres (75.4%) que en los hombres (69.8%), sin diferencias importantes por tipo de localidad (urbano – rural), presumiblemente por la misma explicación comentada para el conjunto de la población. Sin embargo, se presentaban tasas de afiliación más bajas entre las personas desocupadas (45%) que ocupadas (72.6%), lo que confirma la relevancia de la situación laboral como explicación sobre la cobertura, especialmente en el ámbito urbano. Por otra parte, entre la población económicamente inactiva, las personas pensionadas o jubiladas eran las que

presentaban las mayores tasas de afiliación (96.2%), sin distinciones relevantes por sexo, y ligeramente más elevadas en las áreas urbanas (96.4%) que en las rurales (93.3%).

De acuerdo con los indicadores más recientes sobre carencia social estimados por el Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (CONEVAL), con base en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), entre 2020 y 2022, la carencia por acceso a los servicios de salud[32] se incrementó en forma importante de 28.2 a 39.1%, impactando este incremento a 14.7 mdp. Asimismo, el CONEVAL apunta que son las personas con menores ingresos, las que presentaban mayor incidencia de esta carencia, ya que para 2022, 6 de cada 10 personas del 30% de la población con menores ingresos enfrentaba la falta de acceso a servicios de salud, mientras que solo 18.2% de las personas del decil de ingreso más alto se veían afectadas. De acuerdo con este indicador entre las personas que habitaban localidades rurales, el fenómeno era más agudo (54.8%), en comparación con las localidades urbanas (33.9%).[33]

El aumento en la proporción de personas que carecían de acceso a servicios de salud entre 2020 y 2022, en un contexto en que la población en situación de pobreza disminuyó de 43.9% a 36.3%, ha generado controversia, especialmente por parte del Ejecutivo. No obstante, el CONEVAL ha argumentado que 1) la pregunta utilizada en la ENIGH para captar esta información fue la misma en los levantamientos de 2020 y 2022; 2) la transmisión administrativa y operativa ante la desaparición del Seguro Popular y la instauración del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2020, parece haber afectado la afiliación e identificación del derecho al acceso a los servicios de salud, y 3) en el ámbito rural, el cambio institucional ha tenido una afectación mayor, lo que se ha correspondido con el aumento en el uso de servicios médicos privados.[34]

Por el contrario, el indicador del CONEVAL sobre el porcentaje de la población que no tiene acceso a la seguridad social muestra que de 2020 a 2022

[32] CONEVAL, *Documento de análisis sobre la medición multidimensional de la pobreza, 2022*, 43, para el CONEVAL, "una persona se encuentra en esta situación cuando no cuenta con adscripción o afiliación a las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina), a servicios médicos privados, o bien, no se encontraba afiliado o inscrito al Seguro Popular, o no reportó tener derecho a recibir los servicios que presta el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)".

[33] *Ibid*., 46-47.

[34] *Ibid.*, 53.

esta carencia disminuyó de 52.0 a 50.2% (una reducción de 1.3 mdp). Sin embargo, los componentes de esta carencia eran en 2022 todavía muy elevados, ya que, del total de la población ocupada a nivel nacional, 63.6% no tenía acceso directo (por prestación laboral) a la seguridad social, y de las personas que no trabajaban (población no económicamente activa y desocupada), 50.7% carecía de acceso a la misma.[35]

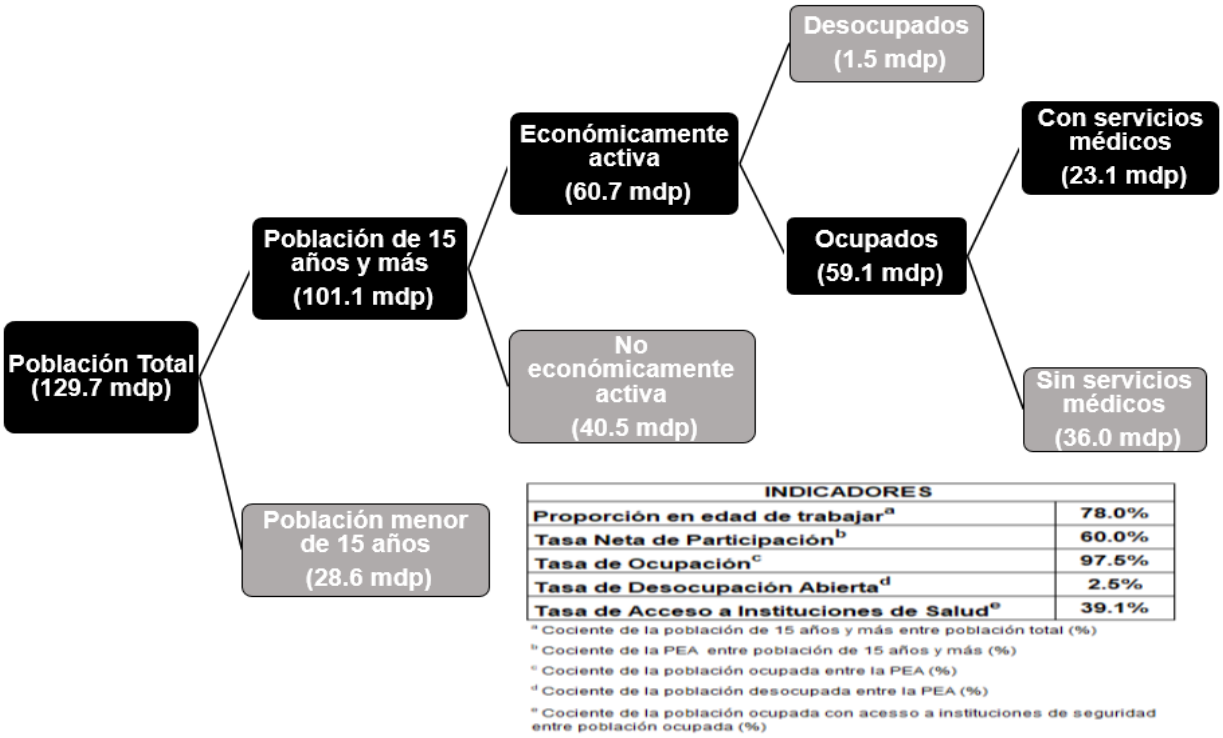
Para un análisis más actualizado y detallado sobre los rezagos de seguridad social en la población ocupada, la fuente de información más pertinente es la ENOE. De acuerdo con las cifras más recientes de esta encuesta a hogares, en la figura 1 se aprecian las estimaciones al primer trimestre de 2024, sobre los principales grupos de población de México, de acuerdo con su condición de incorporación al trabajo.

Conforme a estos indicadores, a inicios de 2024 la población total de México ascendía a 129.7 mdp, de las cuales 78% contaba con edad legal para trabajar (15 años o más), y 6 de cada 10 de estas personas eran económicamente activas. De los 60.7 mdp que conformaban la PEA, 59.1 mdp estaban ocupadas y solo 1.5 mdp desocupadas.[36] De las ocupadas, 23.1 mdp (39.1%) declararon tener acceso a servicios médicos por su trabajo, mientras que 36.0 mdp (60.9%) no contaban con esta cobertura de protección social.

[35] CONEVAL, *Medición de la pobreza, 2022*, 27

[36] INEGI, "Glosario", *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15. De acuerdo con los criterios conceptuales de la ENOE, la población desocupada se define como el conjunto de personas de 15 y más años de edad que en la semana de referencia buscaron trabajo porque no estaban vinculadas a una actividad económica o trabajo. Por su parte, las personas ocupadas son aquellas que en la semana de referencia realizaron alguna actividad económica durante al menos una hora; incluye a los ocupados que tenían trabajo, pero no lo desempeñaron temporalmente por alguna razón, sin que por ello perdieran el vínculo laboral con este; así como a quienes ayudaron en alguna actividad económica sin recibir un sueldo o salario.

Figura 1. Incorporación al trabajo de la población en México, por edad de trabajar, condición de actividad, ocupación y protección social, al primer trimestre de 2024



INDICADORES	
Proporción en edad de trabajar[a]	78.0%
Tasa Neta de Participación[b]	60.0%
Tasa de Ocupación[c]	97.5%
Tasa de Desocupación Abierta[d]	2.5%
Tasa de Acceso a Instituciones de Salud[e]	39.1%

[a] Cociente de la población de 15 años y más entre población total (%)
[b] Cociente de la PEA entre población de 15 años y más (%)
[c] Cociente de la población ocupada entre la PEA (%)
[d] Cociente de la población desocupada entre la PEA (%)
[e] Cociente de la población ocupada con acesso a instituciones de seguridad entre población ocupada (%)

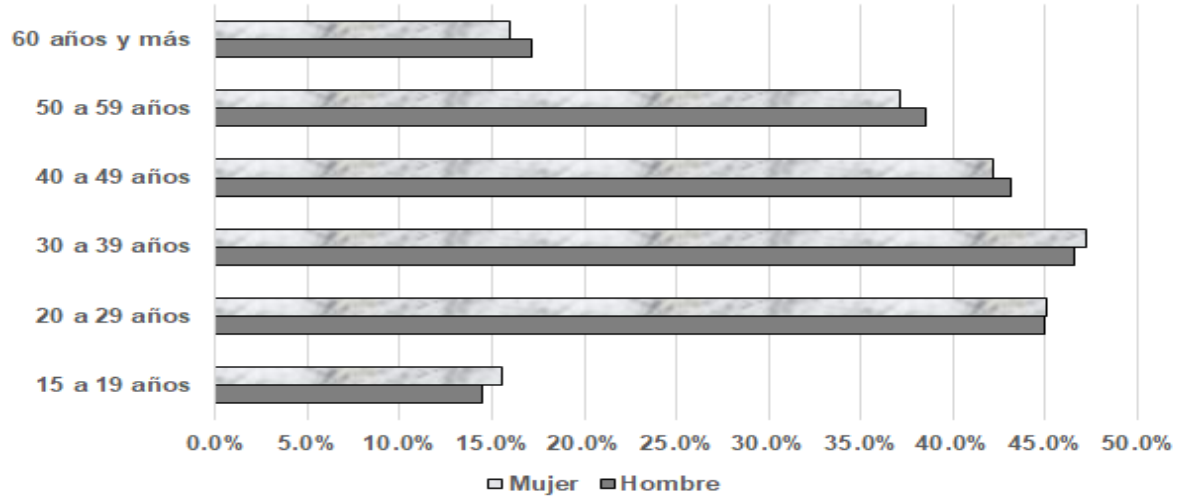
Fuente: elaboración propia, con datos de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, INEGI, primer trimestre de 2024. https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/#tabulados

A continuación, se analiza el acceso de la población ocupada a nivel nacional a servicios médicos, derivado de su actividad laboral al primer trimestre de 2024, utilizando primordialmente el indicador denominado "tasa de acceso a instituciones de salud",[37] con base en información procesada de los tabulados disponibles de la ENOE. De acuerdo con información del cuadro 3 (Anexo 1), un primer aspecto a destacar es que a nivel agregado las tasas de acceso eran muy similares en los hombres (38.8%) y en las mujeres (39.6%). El desglose por estrato socioeconómico de los hogares muestra menores niveles de protección en el estrato bajo (13.6%), seguido del medio (37.7%) y alto (54.3%), lo que confirma una relación directamente proporcional entre la cobertura del aseguramiento médico de los trabajadores y sus condiciones socioeconómicas. En la gráfica 2 se aprecia que las tasas más altas se presentan en los grupos con mayor participación laboral (de 20 a 49 años) y las menores en jóvenes de 15 a

[37] Este indicador se define como el cociente entre la población ocupada que tiene acceso a servicios de salud por su trabajo, entre la población ocupada en cada grupo analizado, expresado en porciento.

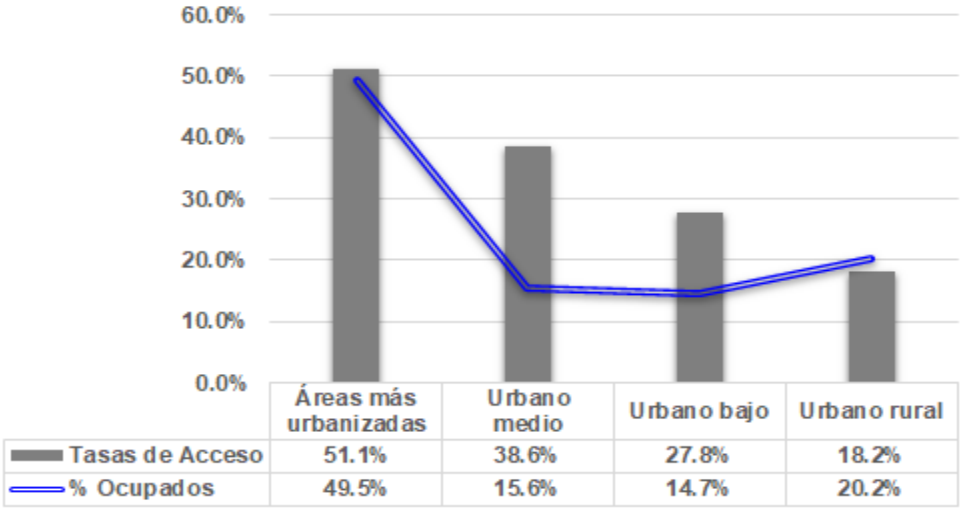
19 años y adultos mayores de 50 años, sin variaciones relevantes por sexo ni estrato socioeconómico.[38]

Gráfica 2. Tasas de acceso a servicios de salud de la población ocupada, por grupos de edad y sexo (primer trimestre de 2024)



Fuente: elaboración propia, con datos de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, INEGI (cuadro 3, Anexo 1).

Gráfica 3. Tasas de acceso a servicios de salud y distribución de la población ocupada, por tipo de localidad* (primer trimestre de 2024)



	Áreas más urbanizadas	Urbano medio	Urbano bajo	Urbano rural
Tasas de Acceso	51.1%	38.6%	27.8%	18.2%
% Ocupados	49.5%	15.6%	14.7%	20.2%

* Más urbanizadas (100,000 y más habitantes o capitales de estado); urbano medio (15,000 a 99,999 habitantes), urbano bajo (2,500 a 14,999 habitantes) y rural (menos de 2,500 habitantes).

Fuente: elaboración propia, con datos de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, INEGI (cuadro 4, Anexo 1).

[38] La tasa de acceso a instituciones de salud más alta entre la población ocupada se registra entre las mujeres de 20 a 39 años, en el estrato socioeconómico más alto; mientras que la tasa más baja, en las mujeres de 60 años y más, del estrato socioeconómico más bajo.

En concordancia con las condiciones socioeconómicas, en la gráfica 3 se observa que la tasa de acceso a servicios de salud más alta correspondía a las áreas más urbanizadas (51.1%), que son en donde se concentra casi la mitad de la población ocupada, disminuyendo conforme es menor el número de habitantes y las localidades son más rurales. Asimismo, la información del cuadro 4 (Anexo 1) muestra que la tasa de acceso más alta se observa en los hombres de 30 a 39 años de áreas más urbanizadas (59.4%), mientras que la más baja se registra en las mujeres jóvenes de 15 a 19 años, de las áreas del rango urbano bajo (7.6%) y las mujeres de 60 años y más en áreas rurales (4.7%).

De acuerdo con el sector de actividad económica, en la tabla 1 se observa que las tasas de acceso a servicios de salud más altas se registraban en la industria extractiva y de la electricidad (86.9%), industrias manufactureras (59.4%) y servicios (45%), mientras que las más bajas en las actividades primarias (9.6%) y de la construcción (18.9%), en las cuales las condiciones de trabajo son más precarias. Interesa mencionar algunas diferencias por sexo: mientras que en las manufacturas, comercio y servicios las tasas de acceso eran más altas en los hombres que en las mujeres; en las actividades primarias y especialmente en la construcción, sucede lo contrario, lo que pudiera explicarse por el tipo de ocupación específica que desempeña la población femenina en estas actividades.

Tabla 1. Tasas de acceso a servicios de salud de la población ocupada, por sexo, sector de actividad económica y posición en el trabajo, al primer trimestre de 2024 (%)
a

CONCEPTO	Total	Hombre	Mujer
TOTAL	**39.1%**	**38.8%**	**39.6%**
Sector de actividad económica			
Agricultura, ganadería, aprovechamiento forestal, pesca y caza	9.6%	8.7%	14.4%
Industria extractiva y de la electricidad	86.9%	85.9%	91.5%
Construcción	18.9%	16.9%	66.8%
Industrias manufactureras	59.4%	61.5%	56.2%
Comercio	32.0%	39.4%	25.5%
Servicios	45.0%	47.2%	42.7%
Posición en el trabajo			
Empleadores	0.9%	0.9%	0.7%
Trabajadores por cuenta propia	0.3%	0.5%	0.1%
Trabajadores subordinados y remunerados	56.3%	55.8%	57.2%
Trabajadores no remunerados	0.6%	0.4%	0.8%

a/ El indicador se calcula como el cociente del número de personas que declararon tener acceso a atención médica por su trabajo, entre el total de la población ocupada correspondiente, expresado como porciento.

Fuente: elaboración propia, con datos de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, INEGI, https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/#tabulados

Por su posición en el trabajo, las y los trabajadores subordinados y remunerados son quienes presentaban tasas de acceso más altas (56.3% en promedio), mientras que los empleadores, trabajadores por cuenta propia y no remunerados, observaban tasas menores al uno por ciento, sin distinciones importantes por sexo. Esta situación se explica por la propia regulación laboral, la cual establece la obligación de los empleadores de proveer seguridad social al personal contratado.[39] Sin embargo, la explicación no puede limitarse a la esfera del derecho, ya que las condiciones socioeconómicas y culturales propias del país se expresan en formas de ocupación no asalariadas, como son el trabajo por cuenta propia y sin remuneración. Estos grupos representaban casi una tercera parte de la población ocupada y al no tener acceso a servicios de salud derivados del trabajo que desempeñan, tienen que acudir a servicios privados y/o a los esquemas públicos universales de atención no contributiva.

[39] El artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Apartado A, fracción XXIX y Apartado B, fracción XI, establece la obligación de los empleadores, tanto del sector privado como público, respectivamente, de proporcionar seguridad social a sus trabajadores contratados, conforme a las leyes reglamentarias correspondientes.

Tabla 2. Tasas de acceso a servicios de salud de la población ocupada, por sexo, tamaño y tipo de unidad económica, al primer trimestre de 2024 (%) [a]

CONCEPTO	Total	Hombre	Mujer
TOTAL	**39.1%**	**38.8%**	**39.6%**
Tamaño de la unidad económica			
1. Agropecuario	9.6%	8.7%	14.4%
2. No agropecuario	40.7%	42.2%	38.8%
2.1 Micronegocios sin establecimiento	0.6%	0.8%	0.3%
2.2 Micronegocios con establecimiento	11.3%	12.2%	10.2%
2.3 Pequeños establecimientos	66.7%	64.3%	69.6%
2.4 Medianos establecimientos	90.3%	90.7%	89.7%
2.5 Grandes establecimientos	96.6%	97.1%	96.0%
2.6 Gobierno	82.1%	83.5%	80.2%
2.7 Otros	4.6%	9.3%	3.7%
Tipo de unidad económica			
Sociedad y corporaciones	88.6%	88.4%	88.9%
Negocios no constituidos en sociedad	16.9%	15.6%	19.8%
Instituciones privadas	63.9%	61.0%	65.4%
Instituciones públicas	86.1%	87.4%	85.0%
Sector Informal	0.0%	0.0%	0.0%
Trabajo doméstico remunerado	4.9%	14.3%	3.8%
Agricultura de autosubsistencia	0.1%	0.2%	n.c.
Situaciones de carácter especial y no especificadas	3.8%	4.3%	2.9%

n.c.: No calculable

a/ El indicador se calcula como el cociente del número de personas que declararon tener acceso a atención médica por su trabajo, entre el total de la población ocupada correspondiente, expresado como porciento.

Fuente: elaboración propia, con datos de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, INEGI, https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/#tabulados

Las características de la unidad económica en la que laboran las personas guardan relación estrecha con su precariedad laboral. La tabla 2 muestra que, en las unidades no agropecuarias, existe una relación directa entre su tamaño y el contar o no con servicios de salud.[40] Mientras que en los micronegocios las tasas de acceso en el primer trimestre de 2024 eran apenas de 0.6% y 11.3%, dependiendo si carecían o no de establecimiento fijo; en las unidades pequeñas, medianas y grandes, las tasas se elevaban a 66.7%, 90.3% y 96.6%, respectivamente; incluyendo las unidades gubernamentales (82.1%).

[40] La clasificación por tamaño de unidad económica utilizada por el INEGI en los tabulados de la ENOE contiene un doble criterio. Por una parte, separa a las unidades económicas en agropecuarias y no agropecuarias, lo que corresponde al sector de actividad, y a las unidades no agropecuarias las distingue por el número de personas ocupadas en: micronegocios (de 1 a 15 trabajadores), pequeños establecimientos (de 16 a 50 trabajadores), medianos (de 51 a 250 trabajadores) y grandes (de 251 y más trabajadores); también incluye a las unidades de gobierno (sector público), sin distinguir su tamaño, y al concepto de "otros".

Por tipo de unidad económica, las sociedades y corporaciones, junto con instituciones públicas y privadas, son las que presentaban tasas de acceso más altas (88.6, 86.1 y 63.9%, respectivamente); dadas sus condiciones de formalidad. Por el contrario, aquellos negocios no constituidos en sociedad, la agricultura de autosubsistencia, el trabajo doméstico remunerado y las unidades del llamado sector informal, eran en las que se enfrentaban mayores condiciones de precariedad y ausencia de seguridad social. Si bien se observan algunas diferencias por sexo, no se identifica un patrón claramente definido, salvo por las menores tasas de acceso en mujeres que desempeñan trabajos domésticos.

Tabla 3. Tasas de acceso a servicios de salud en las personas que trabajan en forma subordinada y remunerada por sexo, sindicalización, acceso a otras prestaciones y tipo de contrato laboral al primer trimestre de 2024 (%)[a]

CONCEPTO	Total	Hombre	Mujer
TOTAL	**56.3%**	**55.8%**	**57.2%**
Condición de sindicalización y acceso a otras prestaciones[b]			
Sindicalizadas	97.9%	97.7%	98.2%
Con acceso otras prestaciones	98.7%	98.7%	98.7%
Sin acceso a otras prestaciones	23.8%	24.1%	23.2%
No sindicalizadas	49.4%	49.6%	49.2%
Con acceso otras prestaciones	78.8%	81.3%	75.3%
Sin acceso a otras prestaciones	4.4%	4.6%	4.2%
Tipo de contrato laboral			
Contrato escrito	91.9%	92.7%	90.9%
Temporal o por obra determinada	74.8%	78.2%	70.7%
De base, planta o por tiempo indefinido	95.2%	95.4%	95.0%
Contrato escrito de tipo no especificado	79.8%	77.9%	82.9%
Sin contrato escrito	9.8%	10.2%	9.3%

a/ El indicador se calcula como el cociente del número de personas que declararon tener acceso a atención médica por su trabajo, entre el total de la población ocupada correspondiente, expresado como porciento.

b/ Se refiere al acceso a aguinaldo, vacaciones con goce de sueldo y/o reparto de utilidades.

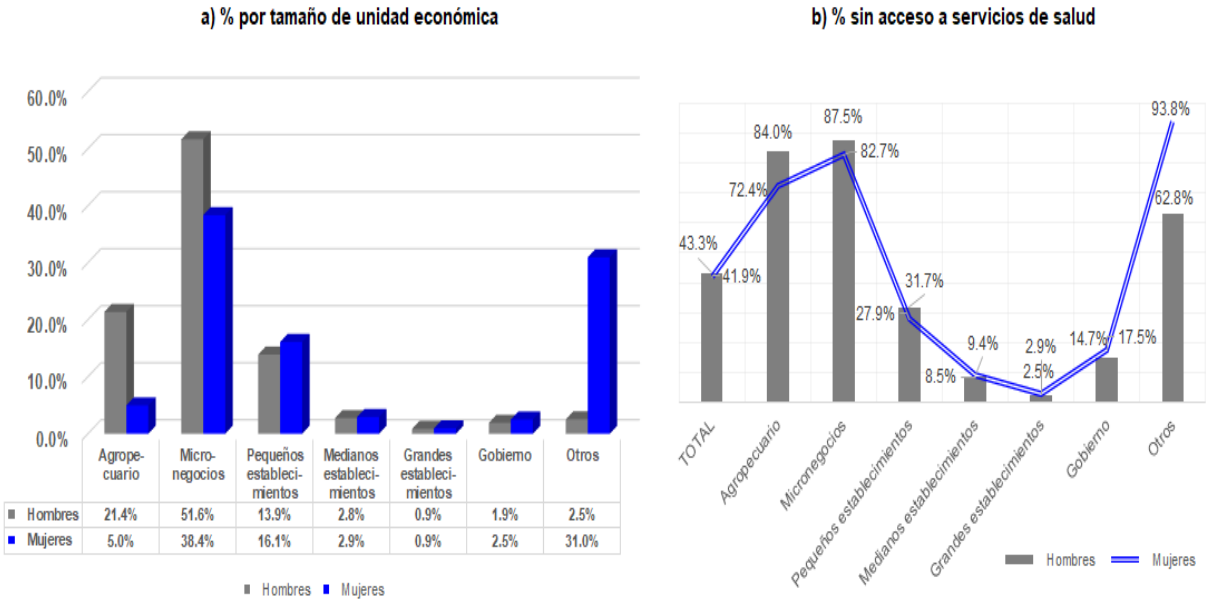
Fuente: elaboración propia, con datos de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, INEGI, https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/#tabulados

Al primer trimestre de 2024, las personas ocupadas que trabajaban bajo una condición subordinada remunerada ascendían a 40.9 mdp (24.2 hombres y 16.6 mujeres). De estas personas, una mayor proporción tenían acceso a servicios de salud (56.3%) en comparación con el promedio de la población ocupada (39.1%); indicador un tanto superior en las mujeres que en los hombres como se aprecia en la Tabla 3.

Asimismo, en la gráfica 4 (inciso a) se aprecia que, en la distribución de las personas ocupadas sin acceso a servicios de salud, se presentaban diferencias importantes entre mujeres y hombres conforme al tamaño de la unidad económica donde laboraban. Mientras que en unidades agropecuarias se ocupaban 21.4% de los hombres bajo una relación subordinadas y remunerada,

solo 5.0% de las mujeres estaban en esta situación; lo que también se observaba en los micronegocios, en los cuales se empleaba el 51.6% de los hombres y 38.4% de las mujeres. En el resto de las unidades, la concentración de trabajadores tiende a disminuir conforme al tamaño; a excepción de la categoría "otros" con una elevada proporción de mujeres (31%), en comparación con los hombres (2.5%).

Gráfica 4. Distribución relativa y porcentaje de trabajadores subordinados y remunerados sin acceso a servicios de salud por sexo y tamaño de unidad económica (primer trimestre de 2024)



Fuente: elaboración propia, con datos de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, INEGI, cuadro 5 (Anexo 1).

En la gráfica 4 (inciso b), se aprecia que el indicador sobre el porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud presentaba un patrón similar por género; siendo más alto en el sector agropecuario y micronegocios, mientras que tiende a disminuir conforme aumenta el tamaño del establecimiento, por contar con condiciones más formales y menos precarias. Llama la atención que en la mayoría de las categorías la tasa de personas sin acceso es más alta en hombres; sin embargo, en el rubro de "otros", el indicador para mujeres (93.8%) es sensiblemente más alto que en hombres (62.8%).[41]

[41] De acuerdo con el Inegi, el rubro "otros" se refiere a personas trabajadoras bajo una condición subordinada que laboran en una unidad doméstica o para otro trabajador, así como en el extranjero.

Por otra parte, se destaca la fuerte relación entre la condición de sindicalización y el acceso a servicios de salud, ya que mientras en las personas sindicalizadas la tasa era de 97.9%, en las no sindicalizadas se reducía a 49.4%, sin diferencias significativas por sexo. A reserva de que este indicador requiere de un análisis a mayor profundidad, su comportamiento pudiera explicarse por la falta de sindicalización entre las personas ocupadas en unidades económicas informales. Asimismo, al estar presentes otras prestaciones tales como aguinaldo, vacaciones con goce de sueldo y/o reparto de utilidades, se aprecian las mayores tasas entre las personas sindicalizadas que gozan de este tipo de prestaciones (98.7%) y las menores en aquellas que carecen de las mismas (4.4%), con un mayor rezago en mujeres (4.2%) que en hombres (4.6%).

El contar con un contrato escrito, particularmente al ser un trabajador de base, planta o por tiempo indefinido, corresponde con mayores tasas de acceso a servicios de salud (91.9 y 95.2%, respectivamente); mientras que otras opciones de contratación (temporal o por obra determinada u otro tipo de contrato escrito de tipo no especificado) observan menores tasas (74.8 y 79.8%, respectivamente). Cuando se labora sin contrato escrito, el acceso se reduce sensiblemente (9.8%); especialmente entre las mujeres.

Del análisis precedente se desprende que en México existe un importante rezago en materia de acceso a servicios de salud, que al primer trimestre de 2024 afectaba a 6 de cada 10 personas ocupadas, incluyendo al 44% de aquellas que laboraban en forma subordinada y remunerada; lo anterior, no obstante que esquemas universales como el IMSS-Bienestar, antes Seguro Popular, han logrado ampliar su cobertura. A continuación, se plantean algunas consideraciones sobre los sistemas públicos de atención a los rezagos en el acceso a la salud y aseguramiento por vejez de la población que no goza de estas prestaciones derivadas de su ocupación.

3. Consideraciones generales sobre los sistemas de salud y pensionarios

Un análisis detallado sobre las características y tendencias de los sistemas de salud y pensionarios en México rebasa los alcances de la presente investigación,

inclusive si nos circunscribimos a la población potencial y objetivo[42] de las acciones públicas orientadas a atender solamente a las personas que no cuentan con seguridad social, al no estar afiliadas a los sistemas formales de seguridad social antes mencionados. Es conveniente apuntar algunas consideraciones generales, que permitan dimensionar los retos institucionales y presupuestarios para atender esta problemática.

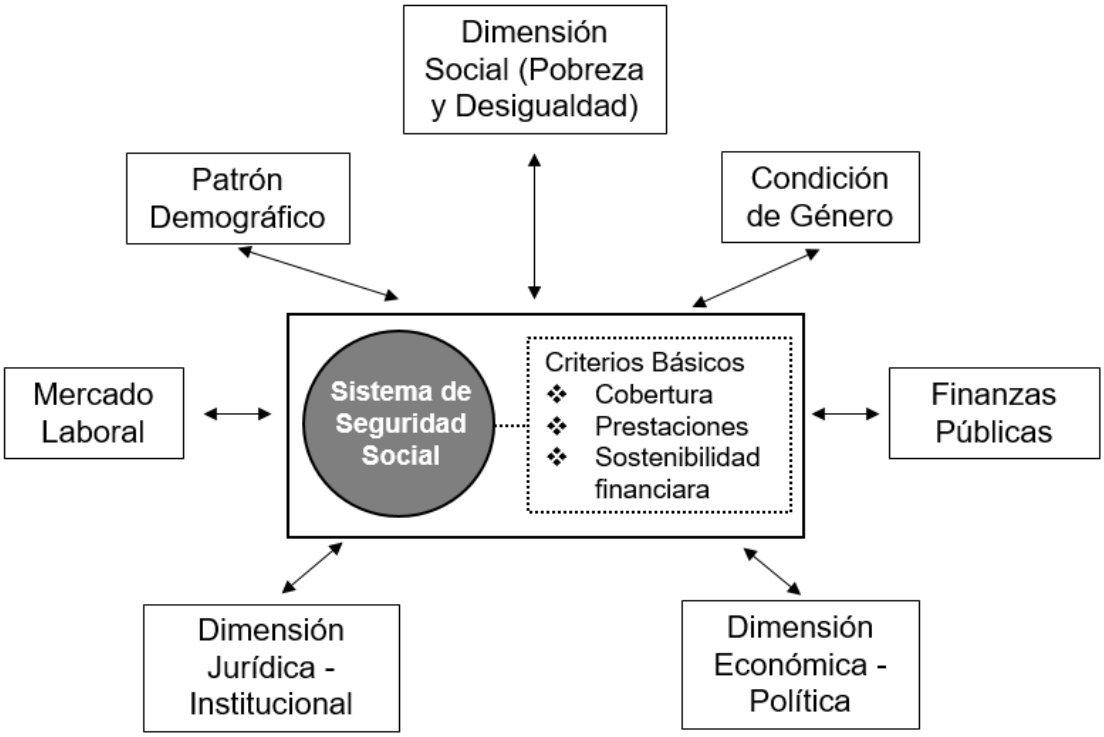
Al respecto, interesa retomar el modelo de evaluación integral propuesto por Arenas de Mesa; que, si bien se refiere a los sistemas de pensiones en América Latina, se considera que es extrapolable al caso mexicano y a otros componentes de la seguridad social, como son los servicios médicos.[43] La figura 2 resume los elementos sustantivos que interactúan en un sistema de seguridad social conforme a un esquema evaluativo integral, adaptado de la propuesta original del autor. En este orden de ideas, un sistema de seguridad social, como parte de un sistema de protección social, considera tres componentes: salud (asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad y de maternidad); previsión social (accidentes y enfermedades laborales, sistemas de pensiones contributivo y no contributivo, y seguro de cesantía), y asistencia social (prestaciones familiares).[44]

[42] CONEVAL, "Términos de Referencia de la evaluación de diseño", apartado IV, s.p. Para el CONEVAL, el término "población potencial" se refiere a la totalidad de individuos que presentan una necesidad o problema que el programa o política busca atender; mientras que "población objetivo" se refiere al subconjunto de la población potencial que un programa o política pública puede atender en el corto y mediano plazo, tomando en consideración las limitaciones financieras e institucionales existentes.

[43] Arena de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada…*, 45.

[44] *Ibid.*, 33.

Figura 2. Sistema Integral de Seguridad Social



Fuente: elaboración propia, a partir de Arena de Mesa, *Los sistemas de pensiones en la encrucijada*…, 45.

Asimismo, para Arenas de Mesa, la sostenibilidad de este tipo de sistemas está vinculada al concepto de solvencia, la cual se define como "la capacidad de los sistemas para enfrentar sus obligaciones o cumplir los compromisos de cobertura y suficiencia de las prestaciones de forma indefinida (varias generaciones) sin dejar de ser solventes". De manera que el concepto de sostenibilidad considera tres criterios básicos: i) una cobertura adecuada; ii) la suficiencia de las prestaciones, y iii) la sostenibilidad financiera; el equilibrio entre estos tres aspectos es fundamental.[45]

Como ya se comentó, con base en información de la ENIGH, el CONEVAL estima que 39.1% de la población total carecía de acceso a los servicios de salud en 2022.[46] Ahora bien, del restante 60.9% que, si tenía acceso, poco más de la mitad era población afiliada al IMSS (38.3%) o al Seguro Popular o con derecho

[45] *Ibid.*, 43.

[46] Es importante tener presente que la tasa de acceso a servicios de salud estimada por la ENOE al primer trimestre de 2024 (39.1%) es menor a la que se desprende de la ENIGH (60.9%), ya que en el primer caso, se refiere al acceso como resultado de la ocupación de las personas, mientras que, en el segundo caso, la cobertura tiene diversas posibles fuentes y aplica a toda la población.

al INSABI (13.1%).[47] Una proporción menor correspondía a afiliados de otras instancias públicas como el ISSSTE federal (5.3%), el ISSSTE estatal (1.6%) o a PEMEX, Defensa o Marina (0.9), mientras que el resto contaba con algún seguro privado, servicios médicos indirectos o alguna institución médica distinta a las anteriores.[48]

La disponibilidad de servicios de salud para la población que carece de seguridad social en México ha sido objeto de diversas acciones públicas tanto del gobierno federal como de los gobiernos estatales. Por su relevancia actual, cabe mencionar algunos antecedentes y elementos del Programa IMSS Bienestar. En 1973, se modifica la Ley del Seguro Social para facultar al IMSS para que extienda su cobertura a núcleos de población en el país sin capacidad contributiva, extrema pobreza y alta marginación. En 1979, mediante convenio con la *Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República* (COPLAMAR), surge el Programa IMSS – Coplamar, a efecto de extender los servicios de salud a todo el territorio nacional. En 1989, el Programa cambia de nombre a IMSS Solidaridad; en 1997, se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (Progresa), que orienta las acciones de salud especialmente a las zonas rurales; en 2002, IMSS Solidaridad pasa a denominarse IMSS Oportunidades; en 2014, se transforma a IMSS Prospera, y, finalmente, en 2018 se convierte en IMSS Bienestar.[49]

En agosto de 2022, el IMSS-Bienestar se convierte en organismo público descentralizado y el 25 de octubre del mismo año se publica en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) el "Acuerdo por el que se emite el *Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar* (MAS-Bienestar), como parte del "Programa Estratégico de Salud para el Bienestar", destinado a prestar en forma gratuita servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados, para las personas sin seguridad social (artículo 77 bis 5, inciso A, fracción I, de la Ley General de

[47] CONEVAL, *Documento de análisis sobre la medición multidimensional de la pobreza*, 43. El Seguro Popular inició funciones en julio de 2003 y finalizó en diciembre de 2019 con la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), cuya "misión era la de proveer y garantizar servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados de manera gratuita a personas sin seguridad social".

[48] La suma de estas proporciones rebasa el 100% ya que una persona puede estar afiliada a más de una institución.

[49] IMSS, "IMSS Bienestar", acceso el 21 de junio de 2024, https://imss.gob.mx/imss-bienestar

Salud). Con el nuevo Modelo, se pretende transformar los modelos de atención estatales y armonizarlos con los modelos de las instituciones de seguridad social y lograr la universalización de los servicios de salud para la población mexicana. [50] El objetivo general de este modelo es:

> Desarrollar e implementar un modelo de atención a la salud, basado en la Atención Primaria de Salud y las funciones esenciales de la salud pública, centrado en las personas, familias y comunidades, a través de la protección y promoción de la salud, la prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, considerando la participación comunitaria y los determinantes sociales, para proteger el bienestar de la población del país, principalmente de las personas sin seguridad social.[51]

El Modelo se sustenta además en cinco valores fundamentales: 1 gratuidad y cobertura universal, 2 accesibilidad, 3 oportunidad, 4 continuidad y 5 calidad. Se basa en cinco elementos de la prestación de servicios de salud: 1 gestión de la salud poblacional, 2 organización y gestión de los servicios, 3 acceso, 4 servicios de atención primaria disponibles y efectivos, y 5 Atención centrada en las personas. Asimismo, organiza los servicios de salud a partir de dos componentes: Atención médica (recursos, herramientas y procedimientos que los hospitales y centros de salud deben emplear al brindar atención médica ambulatoria y hospitalaria) y Atención colectiva (vacunación universal, promoción de la salud, brigadas en territorio y la vigilancia epidemiológica, entre otras).[52]

El 1 de junio de 2023 se publicó en el DOF el *Acuerdo* para la transferencia de recursos y desincorporación por extinción del INSABI e inició la transferencia de recursos humanos, presupuestarios, financieros y materiales, además de inmuebles, derechos y obligaciones de ese Instituto a favor del IMSS-Bienestar o a la Secretaría de Salud, según correspondiera. El nuevo organismo es el responsable de operar los servicios de salud para la población sin seguridad social, bajo los principios del Modelo MAS-Bienestar.[53]

---

[50] Secretaría de Salud, "Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR)", 6.

[51] *Ibid*., 13.

[52] En el "Acuerdo" se presentan en forma detallada todos los elementos del Modelo.

[53] Presidencia de la República, *Quinto Informe de Gobierno*, xiii.

En lo que corresponde al sistema de pensiones en México, de acuerdo con Samaniego, en casi tres décadas éste ha transitado a un sistema con "dos pilares". Uno contributivo, que es un esquema privado de cuentas individuales, que sustituyó al anterior modelo de "reparto solidario" y que se basa en el número y monto de las aportaciones, rendimientos de mercado y comisiones cobradas por las administradoras.[54] El otro, no contributivo, que ha impulsado la actual administración, para compensar las importantes limitaciones del esquema contributivo, a efecto de garantizar una pensión mínima para toda la población de adultos mayores, independientemente de su estatus laboral y su historial contributivo a los sistemas formales de seguridad social.[55]

Las oportunidades y amenazas que enfrenta el actual sistema contributivo de pensiones en México para cumplir con los tres criterios básicos de sostenibilidad apuntados por Arenas de Mesa (cobertura, suficiencia y sostenibilidad financiera) constituyen retos relevantes, no obstante las modificaciones introducidas con la reforma de 2020.[56] Asimismo, cabe mencionar que el 30 de abril de 2024 se publicó en el DOF el decreto que reformó, adicionó y derogó

[54] Samaniego, *et. al.,* "Trabajo, ingreso y protección social, ante un nuevo entorno mundial", en *GNCD, Ante la situación nacional…,* 246-247.

[55] *Ibid*., 246. De acuerdo a estos autores, el modelo basado en cuentas individuales subestimó el costo de la transición para el Estado; los cálculos de sustentabilidad se basaron en tasas de densidad (permanencia en un trabajo formal) poco realistas; inequidad en la distribución de los riesgos; concentración del mercado por las administradoras; incertidumbre en los rendimientos de las sociedades de inversión especializada en fondos de retiro (Sifores); riesgo de minusvalías al momento del retiro (e incluso antes); tasas de retorno muy bajas para la persona jubilada respecto a su salario en activo; fragmentación del Sistema, así como la exclusión de los trabajadores con ocupaciones vulnerables (personas trabajadoras del hogar, jornaleros agrícolas y, en general, la población no asalariada).

[56] El 16 de diciembre de 2020 se publicó en el DOF una reforma al sistema de pensiones, la cual entró en vigor el 1 de enero de 2021, la cual incidió en diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social y de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro. De acuerdo a Banco de México, los principales elementos de esta reforma fueron: i) un incremento gradual en el porcentaje de las aportaciones, en particular las patronales (de 6.5% a 15% del salario base de cotización, ii) un esquema flexible para una pensión mínima garantizada (en función a edad, salario promedio del trabajador y semanas de cotización); iii) la reducción en el número mínimo de semanas cotizadas para tener derecho a una pensión, y iv) un límite máximo a las comisiones que cobran las administradoras de fondos para el retiro. Asimismo, el banco central preveía como principales beneficios de la reforma: i) un número mayor de trabajadores con posibilidad de acceder a una pensión y ii) una pensión más alta por el incremento en las aportaciones a cuentas individuales y la flexibilización de la pensión mínima garantizada. Asimismo, se destacaba "un importante crecimiento sostenido del ahorro interno que permitirá una mayor disponibilidad de recursos para el financiamiento de proyectos productivos de largo plazo"; sin omitir un costo fiscal neto de 0.3% para el periodo 2021-2100. Banco de México, "La Reforma del Sistema de Pensiones de México…", 1 y 10.

diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social, de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público, además de crearse el Fondo de Pensiones para el Bienestar. Esta reforma se orientó a mejorar el componente de "suficiencia en las prestaciones" del esquema contributivo, al buscar garantizar que aquellas personas trabajadoras que alcancen los sesenta y cinco años de edad y cuya pensión sea igual o menor a lo equivalente al salario mensual promedio registrado en 2023 en el IMSS, actualizado por la inflación estimada para el año 2024 ($16,777.68), reciban, en su caso, un complemento para que su ingreso sea igual a su último salario hasta por este monto.[57] Esta medida será financiada con los recursos que se vayan constituyendo en el citado Fondo, el cual tendrá diversas fuentes, y a cuya sostenibilidad habrá que darle riguroso seguimiento.

Sin embargo, en el caso de la población trabajadora que no ha cotizado en las alternativas formales de este esquema o lo ha hecho por debajo de los mínimos requeridos, el sistema enfrenta brechas estructurales importantes en los distintos elementos destacados en la figura 2. Tal es el caso de la necesidad de ampliar la cobertura de la seguridad social a las personas que laboran en trabajos precarios dentro de la economía formal o en formas atípicas de empleo; formalizar el empleo y promover la protección social; flexibilizar los sistemas de seguridad social, y fortalecer la colaboración entre los actores involucrados (gobierno, empleadores, trabajadores asalariados y no asalariados, sociedad civil y otras partes interesadas). Esto último, conforme al ODS 17 de la Agenda 2030: "Alianza para lograr los objetivos", incluyendo la participación de organismos internacionales con asistencia técnica para el desarrollo de capacidades y alternativas sostenibles.

[57] Cabe mencionar que, como parte del paquete de reformas constitucionales presentadas por el Ejecutivo Federal el 5 de febrero de 2024, el 1.° de agosto la Comisión de Puntos Constitucionales de la Cámara de Diputados aprobó diversos dictámenes, entre los cuales se incluye adicionar los párrafos segundo, tercero y cuarto y, recorrer el subsecuente del artículo 123 constitucional, en el mismo sentido de las personas trabajadoras con sesenta y cinco años de edad que empezaron a cotizar a partir del 1° de julio de 1997 en el IMSS y las que estén bajo el régimen de cuentas individuales que cotizan en el ISSSTE, tengan derecho a que su pensión de retiro por vejez sea igual a su último salario hasta por un monto equivalente al salario promedio registrado en el IMSS, en los términos que establezca la ley. Este dictamen pudiera ser aprobado por la próxima legislatura a partir del 1º de septiembre de 2024.

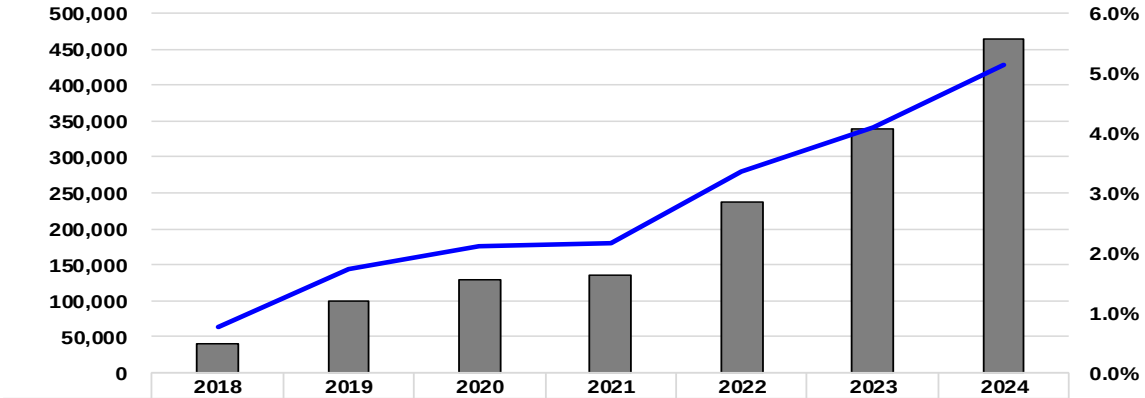
La cantidad de recursos públicos que se espera absorba el desarrollo de un sistema no contributivo seguramente significará presiones importantes para las finanzas públicas. En una investigación del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP) de la Cámara de Diputados, se concluye que los elevados niveles de informalidad en México, la intermitencia en las contribuciones a la seguridad social y los bajos salarios son las tres razones fundamentales que dificultarán la solvencia financiera de los sistemas pensionarios contributivos, a lo que se suma la complejidad y estado fragmentado de su institucionalidad. Además de las políticas que buscan incrementar el ahorro pensionario a lo largo de la vida laboral, se requieren políticas orientadas al otorgamiento de beneficios no contributivos a la población adulta mayor.[58]

El citado estudio destaca adecuadamente la pesada carta fiscal que representan tanto el sistema contributivo (una quinta parte de los ingresos presupuestarios anuales), como el no contributivo. Se apunta que el incremento de la economía informal, por sus efectos en la demanda de apoyos pensionarios sin el respaldo de aportaciones individuales, ha presionado las finanzas públicas, restando recursos para la atención de diversas carencias sociales en salud, educación y vivienda, entre otros. En respaldo a estas consideraciones, en la gráfica 5 se aprecia el aumento importante de recursos aprobados al programa presupuestario S176 “Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores”, sectorizado en el ramo administrativo 20 “Bienestar”, cuya participación en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) pasó de 0.7 a 5.1%, entre 2018 y 2024.[59]

[58] CEFP, *Las Pensiones y las Finanzas Públicas en México, 1997 – 2030*, 97-100.

[59] En un estudio reciente de la Cámara de Diputados se incluye una gráfica similar con cifras 2007 a 2024, con algunas diferencias en las cifras presupuestarias, pero con tendencias coincidentes. Coordinación de Servicios de Información, Bibliotecas y Museo (CSIBM), *La pensión no contributiva como un instrumento para reducir la incidencia de la pobreza en la población de los adultos mayores de México*, infografía, s.p.

Gráfica 5. Presupuesto aprobado al Programa S176 "Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores" y % del PEF, 2018 – 2024*



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
P.A.*	39,473	100,000	129,350	135,662	238,015	339,341	465,049
% PEF**	0.7%	1.7%	2.1%	2.2%	3.4%	4.1%	5.1%

* P.A.: Presupuesto aprobado al Programa S 176 - Ramo administrativo 20 "Bienestar", millones de pesos (mdp)
* PEF: Total del Presupuesto de Egresos de la Federación aprobado para el ejercicio fiscal correspondiente.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la SHCP, *Presupuesto de Egresos de la Federación* (varios años).

Es relevante destacar de los recursos aprobados al programa S176, que su participación en el presupuesto del ramo 20 se incrementó de 37% en 2018 a 66.4% en 2019, y para 2024, es ya de 85.5%. Sin soslayar la importancia de apoyar el esquema pensionario no contributivo en beneficio de las personas adultas mayores, llama la atención el hecho de que se han tenido que reasignar recursos de otros programas del sector y de otros ramos presupuestarios a este programa, lo que ciertamente ha tenido efectos adversos en el conjunto de la política nacional de desarrollo social, tomando en consideración los objetivos contenidos en la Ley General de Desarrollo Social (artículo 11). Asimismo, cabe mencionar que, de acuerdo con las *Reglas de Operación* del programa,[60] las personas que ya reciben una pensión derivada de su afiliación a los sistemas contributivos no están excluidas de este beneficio pensionario no contributivo; lo que, en el contexto de recursos fiscales escasos, pudiera tener efectos regresivos. También se ha argumentado que la pensión no contributiva a adultos mayores en México, aun teniendo un carácter universal y sin una focalización

[60] Secretaría de Bienestar, "ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, para el ejercicio fiscal 2024", *DOF*, 29 de diciembre de 2023.

exclusiva hacia los estratos de población más desfavorecidos, por su propia naturaleza, ha tenido impactos positivos en la reducción de la pobreza.[61]

Con el propósito de integrar las consideraciones esgrimidas sobre las brechas de acceso a los servicios de salud y beneficios pensionarios que enfrentan las personas ocupadas sin seguridad social y sus familias, cabe comentar las reflexiones y recomendaciones recientes de algunos analistas del *Grupo Nuevo Curso de Desarrollo* (GNCD). Es el caso de Mario Luis Fuentes, quien destaca como uno de los retos de la política social en México, "el déficit de estatalidad que nos caracteriza desde hace décadas; es decir, la incapacidad del Estado de cumplir con los mandatos que se da a sí mismo a través de su marco jurídico y su entramado legal institucional".[62] Como parte de esta política social y entre las posibles líneas estratégicas de la nueva administración federal 2024 -2030, el autor señala la necesidad de "avanzar hacia el diseño y construcción de un nuevo sistema universal de protección social en salud y seguridad social, que desvincule la garantía del derecho universal a la salud del estatus laboral de las personas".[63]

En lo que corresponde al derecho universal a la salud, Abelardo Ávila señala que "el acceso a los servicios de salud de calidad debe partir de las necesidades de las personas y no de su capacidad de pago, de su condición laboral o de algún otro criterio discriminatorio; la satisfacción de las necesidades de salud no debe estar ligada a un riesgo de daño financiero ni empobrecimiento".[64] Asimismo, Norma Samaniego y otros expertos en el tema laboral hablan de transitar hacia un régimen de protección social universal, como un derecho más que como una prestación restringida al desempeño de un trabajo asalariado y formal; tomando en cuenta nuevas formas de trabajo (como es el trabajo a distancia e híbrido). Para ello, consideran la construcción de un sistema público universal de salud financiado con impuestos generales, además de fortalecer los actuales sistemas de seguridad social. En particular, los autores le confieren especial relevancia al desarrollo de un sistema de pensiones incluyente y sustentable, tanto por su

[61] CSIBM, *La pensión no contributiva como un instrumento para reducir la incidencia de la pobreza en la población de los adultos mayores de México*, 72-74

[62] Mario Luis Fuentes, "Hacia una nueva política social del Estado Mexicano", en GNCD, *op. cit.*, 131.

[63] *Ibid*., 135.

[64] Abelardo Ávila, "Derechos, desigualdades, pobreza y política de salud", en GNCD, *op. cit*., 209

impacto presupuestario como por la necesidad de que la población de adultos mayores goce de una pensión digna y suficiente. Para esto, se recomienda regresar a un esquema público y solidario sustentable en el caso de los sistemas contributivos privatizados; ampliar la cobertura a los trabajadores independientes; dar sustentabilidad al esquema no contributivo, con una parte complementaria basada en el ahorro individual de los trabajadores que así lo deseen, entre otras acciones.[65]

Una vez identificadas las principales brechas de seguridad social de las personas que trabajan en forma precaria y que están excluidas de los sistemas formales, así como las opciones de política pública implementadas recientemente para dar atención a esta problemática, como es el caso de los programas IMSS Bienestar y Pensión para Adultos Mayores, en los siguientes apartados se aborda el marco normativo aplicable al objeto de investigación, así como los trabajos legislativos recientes en la Cámara de Diputados orientados a fortalecer los correspondientes instrumentos jurídicos.

III. DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos no refiere en forma explícita el término de protección social, aun cuando varios de los elementos contenidos en la definición de la *Comisión Europea* están implícitos en ella. Asimismo, el concepto de seguridad social esgrimido en el artículo 123 constitucional, pareciera limitarse a las personas que trabajan bajo una relación subordinada, aun cuando en otros preceptos se señala la obligación del Estado mexicano de proveer a todas las personas el acceso a la salud y a una pensión no contributiva; en observancia a los derechos económicos y sociales contemplados por el marco jurídico nacional y los tratados internacionales en la materia. En este apartado, se destacan estos elementos normativos y se particulariza sobre los instrumentos que regulan en forma específica los servicios de salud y las pensiones a adultos mayores, que no han cotizado a los sistemas formales de seguridad social o lo han hecho en forma limitada.

1. Marco normativo internacional y nacional

[65] Samaniego, *et. al.*, "Trabajo, ingreso y protección social…, 243, 244 y 247.

En un análisis reciente de la OIT sobre el derecho a la seguridad social en las constituciones del mundo, en el volumen dedicado a América Latina, se destaca la diferencia entre los "derechos de primera generación", que incluyen aquellos civiles y políticos, y los "derechos de segunda generación", que se refieren a los económicos, sociales y culturales" (también conocidos como DESC), y se afirma que estos últimos requieren para su materialización, la intervención o acción positiva del Estado.[66] El derecho a la seguridad social es parte de los DESC y de acuerdo con este organismo internacional, "la adopción de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966 se consideran unánimemente hitos en el reconocimiento formal del derecho irrenunciable de todo ser humano a la seguridad social como derecho fundamental".[67]

El reconocimiento internacional de este derecho se ha ido reafirmando con su incorporación a diversos instrumentos, como son la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* y el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales* de 1989.[68] Para la OIT, la constante evolución de esta materia ha dado lugar al surgimiento del derecho internacional de la seguridad social como una derivación del derecho internacional del trabajo, teniendo como base un robusto régimen jurídico, consistente en "31 convenios en forma de tratados internacionales y 24 recomendaciones que no son jurídicamente vinculantes, pero que proporcionan directrices sobre cómo pueden aplicarse o incluso superarse las disposiciones de los convenios".[69]

Ahora bien, respecto a la atención a las brechas de cobertura de seguridad social en una parte de la población de países como México, con la *Recomendación núm. 202* de la OIT se introdujo el concepto de "pisos de protección social", que busca lograr la atención de salud universal y la seguridad básica de ingreso. Esta recomendación "proporciona orientaciones flexibles para la extensión de la protección social, con miras a garantizar la protección social

[66] OIT, *Derecho a la seguridad social en las constituciones del mundo: Ampliando el espacio moral y legal para la justicia social*, 2-3.

[67] *Ibid.*, 4

[68] *Ibid.*, 5

[69] *Ibid.*

universal de forma progresiva y sostenible, de acuerdo con las circunstancias y los niveles de desarrollo de cada país".[70]

La OIT parte de considerar que todos los instrumentos constitucionales que reconocen el derecho humano a la seguridad social tiene tres enfoques: i) la reafirmación de la seguridad social como un derecho individual del ser humano, ii) la definición de la responsabilidad social del Estado y iii) la inclusión de la seguridad social entre los principios rectores de la política estatal.[71] En el caso de México, el estudio afirma que este derecho está restringido a grupos específicos como son los trabajadores y sus familias, como parte de los derechos laborales. No obstante, a partir del análisis de las constituciones nacionales latinoamericanas, la OIT identifica una tendencia a concebir sistemas de seguridad social cada vez más inclusivos. Por ejemplo, las constituciones de algunos países señalan el derecho a la seguridad social de trabajadores agrícolas o rurales (México, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador y Honduras); a trabajadores domésticos (Brasil y El Salvador); a comunidades indígenas (Guatemala); trabajadores culturales (Venezuela); trabajadores independientes o no asalariados (México y Ecuador), y trabajadores informales (Brasil).[72]

El estudio de la OIT destaca, entre otros, algunos principios fundamentales contenidos en los instrumentos internacionales en materia de seguridad social, que proporcionan un marco para la protección social de los países. Entre estos, se incluyen: "la universalidad, la responsabilidad del Estado, la progresividad, la interdependencia o la integralidad de las prestaciones, la solidaridad, la gestión participativa y la revisión o actualización de las prestaciones para asegurar el mantenimiento de su poder adquisitivo".[73]

El marco normativo de seguridad social contenido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se identifica en dos artículos principales:

- El artículo 4º, tanto en su párrafo cuarto, que establece que "toda Persona tiene derecho a la protección de la salud"; como en su párrafo quince, adicionado con la reforma publicada el 8 de mayo de 2020, el cual señala en materia pensionaria que "las personas mayores de sesenta y ocho años

[70] *Ibid., 6*
[71] *Ibid.,* 13
[72] *Ibid*., 14.
[73] *Ibid*. 26.

tienen derecho a recibir por parte del Estado una pensión no contributiva en los términos que fije la Ley. En el caso de las y los indígenas y las y los afromexicanos esta prestación se otorgará a partir de los sesenta y cinco años".

- El artículo 123 inicia sosteniendo que "toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil"; el cual, sin que el texto constitucional lo defina, incluye el acceso a la seguridad social, conforme al conjunto de DESC contemplados en el marco normativo internacional. En el caso de todas las personas que desempeñen un trabajo bajo una relación subordinada o contrato de trabajo, sin incluir a los Poderes de la Unión (Apartado A), la fracción XXIX señala que:

> 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 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.[74]
>
> En el caso del Apartado B, que regula las relaciones entre los Poderes de la Unión y sus trabajadores, las fracciones XI y XIV hacen referencia a la seguridad social, comprendiendo las bases mínimas para la seguridad social de los trabajadores "en general", así como a aquellos con puestos de confianza, respectivamente. Asimismo, la fracción XIII establece que "los militares, marinos, personal del servicio exterior, agentes del Ministerio Público, peritos y los miembros de las instituciones policiales, se regirán por sus propias leyes".

Como ley reglamentaria del artículo 123, Apartado A, fracción XXIX, la Ley del Seguro Social se constituye como el principal ordenamiento en la materia para las personas contratadas por empleadores distintos a los Poderes de la Unión y, en sus artículos 2 al 4 describe sus principales fundamentos:

> Artículo 2. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el

[74] García Arizaga y Pérez Padrón, "El derecho al acceso a la seguridad social de los trabajadores al servicio del estado", 126. En la fracción XXIX no se establece un límite claro a la seguridad social más allá de su utilidad pública, pues no se encuentra "condicionada o dirigida a un sector determinado de trabajadores, mucho menos restringida pues se señala para todos los trabajadores, inclusive se hace extensiva a sus familias".

otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Artículo 3. La realización de la seguridad social está a cargo de entidades o dependencias públicas, federales o locales y de organismos descentralizados, conforme a lo dispuesto por esta Ley y demás ordenamientos legales sobre la materia.

Artículo 4. El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

En el caso del Apartado B, la ley reglamentaria en materia de seguridad social es la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la cual establece en su artículo 1 su ámbito de aplicación a los trabajadores al servicio civil, pensionados y familiares derechohabientes, de la Presidencia de la República, dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, incluyendo al propio Instituto; ambas cámaras del Congreso de la Unión, incluidos los diputados y senadores; el Poder Judicial de la Federación; los órganos jurisdiccionales autónomos y aquellos con autonomía por disposición constitucional; el Gobierno del Distrito Federal (Ciudad de México) y los otros poderes; los gobiernos estatales y municipales, y poderes de las demás entidades federativas de la República, que celebren convenios con el Instituto.

2. Regulación nacional de la seguridad social no contributiva

Como se comentó en el subapartado anterior, algunos de los instrumentos internacionales que el Estado mexicano se encuentra obligado a observar relacionados con la seguridad social (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948 y Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”), incluyen el derecho a la seguridad social sin restricciones a algún grupo de la población, sino como un derecho universal. No obstante, las leyes nacionales en la materia que derivan del artículo 123 constitucional (Ley del Seguro Social y Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), así como el propio texto constitucional parecieran limitar su aplicación a las personas (y sus dependientes económicos) que trabajan

bajo una relación laboral subordinada. Sin embargo, a partir de las reformas recientes al artículo 4º constitucional y a dichas leyes, se ha ido avanzando en la cobertura de la regulación del acceso a la seguridad social de las personas que no cotizan en los sistemas o formales o que estuviesen en posibilidad de hacerlo bajo alguna figura especial.

En este sentido, cabe mencionar que, a partir de la reforma a la Ley del Seguro Social en materia de la figura de trabajador independiente o por cuenta propia del 1 de diciembre de 2023,[75] el Instituto Mexicano del Seguro Social está facultado para permitir a los trabajadores independientes la incorporación voluntaria al Régimen Obligatorio a través de un esquema integral de seguridad social simplificado (artículo 13, fracción I).[76] Asimismo, la Ley contempla la extensión de su cobertura al medio rural (Título Segundo, Capítulo X) y en su artículo 235 señala que:

> Las mujeres y los hombres del campo que tengan el carácter de trabajadores independientes, respecto de quienes no medie ninguna relación de subordinación laboral, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; así como los ejidos y otras formas superiores de organización, podrán acceder a la seguridad social en la forma y términos que señala el artículo 13, a través de convenio de incorporación voluntaria al régimen obligatorio, o bien mediante el seguro de salud para la familia establecido en el artículo 240 de esta Ley.

Como lo señala el párrafo cuarto del artículo 4º constitucional, en materia del derecho a la protección de la salud se establece que 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". Asimismo, este artículo constitucional prevé que la ley definirá las características de un "sistema de salud para el bienestar", que provea los servicios de salud para la atención integral y gratuita de aquellas personas sin seguridad social.

---

[75] Secretaria del Trabajo y Previsión Social, "Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social", *Diario Oficial de la Federación*, 1 de diciembre de 2023, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5710197&fecha=01/12/2023#gsc.tab=0.

[76] Lo anterior, "[e]n beneficio de los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados". Instituto Mexicano del Seguro Social, "Personas Trabajadoras Independientes", acceso el 21 de junio de 2024, https://www.imss.gob.mx/personas-trabajadoras-independientes.

La norma a la que se hace referencia este precepto constitucional es la Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 y que, en su Título Tercero Bis, regula diversos aspectos relacionados con la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, atendiendo al esquema de protección amplio contenido en la Constitución. Este Título de la ley se adicionó en el año 2003[77] y comprende los artículos 77 Bis 1 a 77 Bis 46, a través de los cuales se regulan disposiciones generales de la prestación gratuita, su cobertura y alcances; su financiamiento; el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad; las cuotas familiares; el Fondo de Salud para el Bienestar; aspectos de transparencia, supervisión, control y fiscalización del manejo de los recursos; los Servicios de Salud del IMSS Bienestar; derechos y obligaciones de los beneficiarios; causales de su suspensión, y de las acciones a través del Servicio Nacional de Salud.

Desde que se adicionó a la ley, el Título Tercero Bis ha sido objeto de seis reformas (2009, 2014, 2019, 2020, 2023 y 2024). En la tabla 4 se destacan los puntos más relevantes de cada una de ellas, así como las razones que llevaron a estos cambios.

Tabla 4. Reformas al Título Tercero Bis de la Ley General de Salud 2009 - 2024

FECHA (DOF)	REFORMA	OBJETIVO
30/12/2009	Artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13.	Modificar la cuota social cubierta por el Gobierno Federal, adicionar las fechas de referencia para el inicio de la vigencia y modificar a un nuevo esquema de cuota por persona y no familiar.[78]
04/06/2014	Modificación a los artículos 77 Bis 2, 77 Bis 5, 77 Bis 6; 77 Bis 9 a 77 Bis 16, 77 Bis 18 a 77 Bis 20, 77 Bis 22 a 77 Bis 24, 77 Bis 30 a 77 Bis 32 y 77 bis 35; adición de los artículos 77 Bis 13, 469 Bis, así como derogaciones a los artículos 77 Bis 33 Y 77 Bis 34.	Consolidar a la Secretaría de Salud como instancia rectora y articuladora del Sistema de Protección Social en Salud; hacer efectivos los beneficios que otorga la ley a los beneficiarios del Sistema, y mejorar la transparencia, supervisión, control y fiscalización de los recursos, ejercidos, hasta entonces, por las entidades federativas. Lo anterior, para desasociar el vínculo entre el financiamiento y la prestación, separando claramente el financiamiento que se debe realizar por

[77] Secretaría de Salud, "Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud*", Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo de 2003, https://www.dof.gob.mx/index_111.php?year=2003&month=05&day=15#gsc.tab=0.

[78] Ejecutivo Federal, "Iniciativa que reforma los artículos 77 bis 12 y 77 bis 13 de la Ley General de Salud, (Cámara de Diputados)", *Gaceta Parlamentaria*, núm. 2843-A, 10 de septiembre de 2009, https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/61/2009/sep/20090910-A.html#Ini20090910EjFed

		conducto de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y la prestación de servicios.[79]
29/11/2019	77 bis 1, 77 bis 2; 77 bis 5 a 77 bis 7, 77 bis 9 a 77 bis 15, 77 bis 17, 77 bis 29 a 77 bis 32, 77 bis 35, 77 bis 37 a 77 bis 40, 222 Bis; se adicionaron porciones normativas a los artículos 77 bis 5, 77 bis 7, 77 bis 16 A, 77 bis 32; 77 bis 35 A a 77 bis 35 J, 225 y 226 Bis; por último, se derogó total o parcialmente el contenido de los artículos 77 bis 3 a 77 bis 9, 77 bis 13, 77 bis 15, 77 bis 18; 77 bis 21 a 77 bis 28, 77 bis 36 a 77 bis 38, 77 bis 40, 77 bis 41.	Crear un sistema de acceso universal y gratuito a los servicios de salud y medicamentos asociados para la población que carece de seguridad social. Lo anterior, dado que el Seguro Popular no garantiza el acceso universal y oportuno a los servicios de salud requeridos por la población que carece de seguridad social. Con la creación del INSABI, optimizar el sistema de salud para brindar atención médica, medicamentos y demás insumos necesarios de forma gratuita a todas las personas que carecen de seguridad social, bajo los criterios de universalidad e igualdad, además de sustituir el término "protección social en salud" por "prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social".[80]
04/12/2020	Adición de un segundo párrafo al artículo 77 Bis 17 y reforma del segundo párrafo del artículo 77 Bis 29.	Garantizar el flujo anual de recursos para la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos, así como los otros destinos que actualmente tiene el Fondo.[81]
29/05/2023	Modificación del artículo 36 y de los artículos 77 bis 1 a 77 bis 3, 77 bis 5 a 77 bis 13, 77 bis 15, 77 bis 16 A, 77 bis 17, 77 bis 29 a 77 bis 32; la denominación del Capítulo VIII, 77 bis 35, 77 bis 37, 77 bis 38, 77 bis 40; se adicionaron los artículos 77 bis 15, 77 bis 16 A, 77 bis 29, 77 bis 31, 77 bis 41; un Capítulo XI, que comprende los artículos 77 bis 42 a 77 bis 46; y se derogaron, parcial o totalmente, los artículos 77 bis 9, 77 bis 16 A, 77 bis 35 A a 77 bis 35 J.	Consolidar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar, a fin de contribuir a garantizar el derecho humano a la salud. La extinción del INSABI, el cual pasó a ser el IMSS-Bienestar, organismo público descentralizado, a cargo de "...la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para la atención integral de las personas que no cuenten con afiliación a las instituciones de seguridad social, en el supuesto de concurrencia con las entidades federativas, con independencia de los servicios de salud que prestan otras instituciones públicas o privadas (artículo 77 Bis 35). Asimismo, se modificó el contenido del artículo 36 para

[79] Ejecutivo Federal, "Iniciativa de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de los títulos Tercero Bis y Décimo Octavo de la Ley General de Salud" (Cámara de Diputados), *Gaceta Parlamentaria*, año XVI, núm. 3857-M, p. III, https://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/62/2013/sep/20130908-M.pdf

[80] Delgado Carrillo, Mario, "Iniciativa que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de las Leyes General de Salud, de Coordinación Fiscal, y de los Institutos Nacionales de Salud" (Cámara de Diputados), *Gaceta parlamentaria*, año XXII, número 5314, lunes 8 de julio de 2019, https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/64/2019/jul/20190708.html#Iniciativa18

[81] Pérez Negrón Ruiz, Iván Arturo, "Iniciativa con proyecto de decreto, por el que se adiciona un párrafo al artículo 77 Bis 17 de la Ley General de Salud" (Cámara de Diputados), *Gaceta Parlamentaria*, año XXIII, núm. 5634-X, 19 de octubre de 2020, p. 11, https://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/64/2020/oct/20201019-X.pdf

		establecer que "queda prohibido el cobro de cuotas de recuperación por la prestación de servicios de salud".[82]
03/01/2024	Se reformó el artículo 77 bis 16 A y se derogaron el segundo párrafo de la fracción II bis, del artículo 3o.; y la fracción III, del artículo 7o.	Consolidar la federalización del Sistema de Salud para el Bienestar, en el mismo sentido anterior, armonizando las disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal y la Ley General de Salud.[83]

Fuente: Elaboración propia con base en iniciativas de reforma citadas.

Se puede concluir que las reformas observadas en el contenido de la Ley General de Salud, en lo correspondiente a la prestación de servicios de salud gratuitos a la población sin seguridad han respondido, tanto a medidas específicas para mejorar la eficiencia y eficacia de dicha prestación, como a los cambios recientes de la política pública en la materia. Ello, a efecto de migrar del esquema anterior del "Seguro Popular", al del IMSS-Bienestar, pasando por la experiencia del INSABI, que no logró los resultados esperados. Estas modificaciones, junto con las reformas constitucionales y a la Ley del Seguro Social, han respondido al propósito superior de ofrecer una alternativa de aseguramiento social, en lo que corresponde a la atención de la salud, para aquellas personas que no están afiliadas a los sistemas contributivos diseñados para atender principalmente a las personas que trabajan bajo una relación laboral subordinada.

Es prematuro poder evaluar si este esquema, regulado por la Ley General de Salud, permitirá cumplir con los tres principios señalados por Arenas de Mesa: cobertura, suficiencia y sostenibilidad. No obstante, se considera que constituye una opción que pudiera ser factible en el mediano y largo plazo, a partir del fortalecimiento fiscal de las instituciones involucradas, una gestión efectiva y eficiente del "Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar", así como de un monitoreo continuo y la evaluación periódica de los resultados e impactos, tanto

[82] Reyes Carmona, Emmanuel, "Iniciativa que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud, para regular el Sistema de Salud para el Bienestar" (Cámara de Diputados), *Gaceta Parlamentaria*, año XXVI, núm. 6262-II-1, 25 de abril de 2023, s/p, https://gaceta.diputados.gob.mx/PDF/65/2023/abr/20230425-II-1.pdf#page=2

[83] Mora Arellano, Elvia Marcela y Valdez Martínez, Lilia Margarita, "Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley General de Salud para consolidar la federalización del Sistema de Salud para el Bienestar" (Cámara de Senadores), *Gaceta del Senado*, LXV/3PPO-57-3318/139454, 22 de noviembre de 2023, p.1, https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/3/2023-11-22-1/assets/documentos/Iniciativa_Sen_Marcela_Mora_22112023.pdf

del "Modelo" como del conjunto normativo contenido en el Titulo Tercero Bis de la Ley General de Salud.

IV. PRECARIEDAD Y SEGURIDAD SOCIAL EN LA LXV LEGISLATURA.

1. Agenda legislativa

En atención a lo establecido en el artículo 26, numeral 4, de la Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, cada grupo parlamentario debe presentar la agenda legislativa que abordará durante el transcurso de dicho periodo. Con base en la revisión de las agendas presentadas en cada uno de los dos periodos ordinarios de sesiones de los tres años de la LXV Legislatura, se identifican diversas propuestas relacionadas con el tema objeto de la investigación, en particular a inicios del tercer año.

Los principales planteamientos se pueden agrupar en tres aspectos:

- En el caso de las personas que ya están incluidas en un régimen contributivo, reducir la edad mínima para que los adultos mayores gocen de una pensión, particularmente en el caso de las mujeres.
- En aquellas que trabajan en actividades no asalariadas, generalmente de manera informal, impulsar su formalización o incorporación a un régimen contributivo especial (incluyendo la creación de un fondo de retiro específico), como es el caso de los trabajadores independientes, en general, el trabajador del espacio público, los artistas que carecen de seguridad social y/o no agremiados, las personas que trabajan en plataformas digitales y, en general, todo trabajador o trabajadora, independientemente de la modalidad de contratación en la que se encuentre.
- A la población en general, que no cuente con seguridad social, incluyendo a las personas con alguna discapacidad, garantizar que gozará de una pensión universal no contributiva.

2. Servicios de salud para las personas sin seguridad social

Como ya se comentó en el apartado anterior, la Ley General de Salud, en su Título Tercero Bis, incluye el marco regulatorio aplicable en la prestación

gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social. Al analizar las reformas que ha tenido este último conjunto normativo desde su adición a la Ley General de Salud en 2003, se identificaron dos reformas aprobadas en la LXV Legislatura. La primera, publicada el 29 de mayo de 2023, que modifica, adiciona o deroga varios artículos, para extinguir al INSABI y reemplazarlo por el organismo público IMSS-Bienestar; consolidar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar, así como prohibir el cobro de cuotas de recuperación por la prestación de servicios de salud. La segunda, publicada el 3 de enero de 2024, para fortalecer la federalización del Sistema y armonizar la Ley de Coordinación Fiscal con la Ley General de Turismo.

No obstante, se identificaron otras 39 iniciativas adicionales relacionadas con el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que se propusieron por distintos grupos parlamentarios durante la LXV Legislatura. Como se aprecia en la relación incluida como Anexo 2, cuatro de estas iniciativas fueron retiradas y 35 se turnaron a comisiones, sin que a la fecha se hayan dictaminado. De estas últimas, los principales planteamientos relacionados directa o indirectamente con el acceso a los servicios de salud de las personas sin seguridad social se pueden agrupar en cuatro temáticas:

- La implementación de un seguro universal en materia de salud y la extensión de cobertura a los mexicanos migrantes.
- La restitución del Seguro Popular.
- El abasto oportuno de medicamentos e insumos médicos, como garantía del derecho a la salud.
- Asegurar que el gasto público en salud represente cuando menos el 6% del PIB y que, una vez aprobado el presupuesto de salud, no pueda reducirse o redistribuirse para otros fines.
- Mejorar la operación e incidencia de los servicios, eliminando el requisito de contar con la clave CURP para acceder a la prestación gratuita de servicios de salud; procurar la transparencia y certeza en el uso de recursos del Fondo de Salud para el Bienestar; incluir los padecimientos relacionados con el COVID-19 en la lista de gastos catastróficos financiados por el Fondo; ampliar la cobertura y unificar la prestación de los servicios a nivel nacional, mediante un sistema interinstitucional.

3. Pensión no contributiva en el paquete de reformas constitucionales 2024

El 5 de febrero de 2024, el Ejecutivo federal presentó a la LXV Legislatura de la Cámara de Diputados, como Cámara de origen, un paquete de 20 proyectos de decreto que contienen 18 reformas constitucionales (modificación de 53 artículos) y dos reformas a diversas leyes; las cuales, por su número y contenido, representan una modificación sustantiva al marco normativo nacional.[84] Dentro de este paquete de reformas, se incluyen dos relacionadas con el tema de las pensiones: La iniciativa de reformas y adiciones al artículo 4º constitucional sobre pensiones no contributivas y la iniciativa de adiciones al artículo 123 constitucional, sobre el monto de las pensiones contributivas.

Por su vinculación con el objeto de esta investigación, a continuación se comenta únicamente sobre el contenido de la primera de estas iniciativas.[85] Para ello, se toma como referencia un análisis reciente realizado sobre este paquete de reformas por parte del Instituto de Investigaciones Jurídicas, de la Universidad Nacional Autónoma de México. En particular, se retoma el análisis de la reforma a cargo de Enrique Provencio; quien resume su contenido de esta de la siguiente forma:

- En el párrafo XIV, se propone cambiar el concepto de apoyo económico por el de pensión no contributiva para las personas con discapacidad permanente; establece el límite de edad en 65 años para esta pensión, y le instituye un carácter universal, sin precisar grupos prioritarios. La obligatoriedad de garantía incluye no sólo a la Federación, sino también a las entidades federativas.
- En un nuevo párrafo, que correspondería a la fracción XV, se establecería la garantía de rehabilitación y habilitación por parte del Estado para las personas con discapacidad permanente, con prioridad a menores de dieciocho años.
- El actual párrafo XV (que pasaría a ser el párrafo XVI) cambiaría para formalizar la reducción de la edad mínima para tener derecho a una pensión no

[84] López Ayllón *et al*., "Introducción", en López Ayllón *et al*., *Análisis técnico de las 20 iniciativas de reformas constitucionales y legales presentadas por el presidente de la República (febrero 5, 2024*), 1.

[85] En el subapartado 2 3. *Consideraciones generales sobre los sistemas de salud y pensionarios*, del apartado II de este documento se incluye, como nota al pie, una breve descripción de la modificación propuesta al artículo 123 constitucional en materia de pensiones contributivas.

contributiva universal por parte del Estado, de 68 a 65 años, sin distinguir grupos prioritarios de población.

- En un párrafo nuevo (que vendría a ser el XVII), se haría explícito que las personas con discapacidad permanente menores de 65 años tienen derecho a la pensión por discapacidad, y que a partir de los 65 les corresponde la pensión de personas adultas mayores.
- Otro párrafo nuevo, que se ubicaría al final del artículo 4o., establecería la obligación de disponer anualmente el presupuesto necesario para garantizar el ejercicio de los derechos de todo el artículo 4o., que estén asociados a transferencias monetarias directas. Estos recursos no podrían disminuir a precios constantes.[86]

Para el autor, la reforma propuesta al artículo 4º constitucional en materia de pensión no contributiva para las personas con discapacidad permanente, constituye "un avance en la universalización de esta garantía".[87] Sobre el cambio de 68 a 65 años en la edad mínima requerida para recibir la pensión no contributiva, "formalizaría lo que ya establece el Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores".[88] Sin embargo, se concluye también que el otorgamiento de esta pensión, junto con la necesidad de contar con un sistema de servicios de cuidados, dado el patrón demográfico del país, traerá consigo presiones importantes en las finanzas públicas, [89] como se concluyó en el apartado 2 de este documento. Asimismo, el autor observa respecto al párrafo que se propone adicionar al artículo 4º relativo a las disposiciones presupuestarias necesarias para garantizar el ejercicio de los derechos comprendidos por este precepto, que "se revise el alcance del párrafo final que se propone adicionar al artículo 4o., de tal modo que no se refiera sólo a las transferencias monetarias directas, sino a todos los derechos incluidos en el propio artículo 4o. y en toda la Constitución…".[90]

A partir de la revisión de las agendas de los distintos grupos parlamentarios de la LXV Legislatura; las reformas aprobadas en 2020 y en 2023, tanto al artículo 4º constitucional como a la Ley General de Salud, parecen haber

[86] Enrique Provencio, "La iniciativa de reformas y adiciones a los artículos 4o. sobre pensiones no contributivas, y 27 sobre apoyos al campo", en López Ayllón *et al*., *Análisis técnico de las 20 iniciativas*..., 52.

[87] *Ibid.*, 55.

[88] *Ibid*.

[89] *Ibid*., 56.

[90] *Ibid*, 62

conformado un marco normativo adecuado para garantizar el acceso a servicios de salud y a una pensión no contributiva por parte de aquella parte de la población no afiliada a los sistemas tradicionales de seguridad social en México. En el caso de las pensiones, las reformas propuestas al artículo 4º de la Constitución, como parte del paquete de reformas entregado por el Ejecutivo federal a principios de 2024, pudiera complementar el marco normativo. Sin embargo, el principio de sostenibilidad del sistema constituirá un reto importante para las finanzas públicas a corto plazo, y pudiera no ser factible su financiamiento a mediano y largo plazo, mientras no se apruebe una reforma hacendaria de "gran calado", que eleve significativamente los ingresos públicos como proporción del PIB, al tiempo que se mejora el destino de gasto social.

V. CONCLUSIONES

El derecho a la protección social y el acceso a la seguridad social son temas que ocupan la atención de la comunidad internacional, no solo por ser materia de la Agenda 2030, sino por ser objeto de debates y propuestas de instancias internacionales como la OIT y Banco Mundial, que vinculan cobertura y acceso universal a un "piso mínimo" de protección con la reducción de la pobreza, la desigualdad y la construcción de la paz social. De las nueve ramas de la seguridad social, el acceso a servicios médicos y la prestación por vejez tienen relevancia particular para la calidad de vida de las personas.

Contar con seguridad social es condición *sine qua non* de todo "trabajo decente", y su carencia se ha vinculado al "trabajo informal", por operar al margen de la reglamentación laboral, fiscal y local. Asimismo, el hecho de que una parte de la población desarrolle este tipo de actividades es excluyente, y la carencia de seguridad social representa una brecha de desarrollo relevante, especialmente en las áreas rurales y urbanas marginadas.

Desde hace algunos años se ha venido utilizando el término "trabajo precario" para distinguir aquel trabajo que se realiza en la economía formal o informal, bajo condiciones particulares de incertidumbre e inseguridad sobre la duración del empleo, presencia de varios empleadores, relación de trabajo encubierta o ambigua, ingresos bajos e imposibilidad de gozar de protección social, entre otros aspectos. Este tipo de precarización del trabajo, a decir del sociólogo y experto internacional Guy Standing, ha sido resultado de la flexibilización laboral impulsada desde los años 1980's y que ha significado la

expansión acelerada del “precariato”; grupo social o “clase social” que enfrenta condiciones de trabajo precarias, carece de seguridad en el trabajo, beneficios del Estado e identidad laboral.

Recomendaciones internacionales apuntan a la combinación de los regímenes contributivos y no contributivos para establecer un sistema integral de seguridad social, siendo relevante impulsar esquemas novedosos que incorporen a trabajadores independientes o cuenta propia, campesinos, indígenas y demás poblaciones en condiciones de vulnerabilidad laboral, actualmente excluidas de la protección social. Ello, no deja de generar interrogantes sobre la propensión y capacidad de los trabajadores que laboran en condiciones precarias e informales para participar en planes contributivos.

En México, existe un importante rezago en materia de seguridad social. Al primer trimestre de 2024, seis de cada 10 personas ocupadas no tenía acceso a servicios de salud derivado de su actividad laboral y si bien en aquellas personas que trabajaban en forma subordinada y remunerada, la falta de acceso se reduce a 44%, constituye una brecha de desarrollo relevante. Lo anterior, no obstante que con esquemas universales como el IMSS-Bienestar, antes Seguro Popular, se ha logrado ampliar la cobertura de salud para el conjunto de la población.

El rezago ha afectado con mayor incidencia a las personas de menor nivel socioeconómico, en zonas rurales. En la población ocupada, se observan menores niveles de protección social en los estratos sociales más bajos, especialmente en localidades menos urbanizadas y entre las personas más jóvenes y adultos mayores de 50 años. Son las mujeres jóvenes de 15 a 19 años, en áreas del rango “urbano bajo” y aquellas de 60 años y más en áreas rurales, las que observan las menores tasas de acceso a servicios de salud. Por sector económico, las tasas más bajas corresponden a personas dedicadas a actividades primarias y de la construcción, así como a las que se desempeñan como trabajadores por cuenta propia y no remunerados de las unidades económicas de menor tamaño. Se aprecia también que de las personas que trabajan bajo una relación laboral subordinada, las que enfrentan un mayor rezago son aquellas que lo hacen bajo condiciones de baja sindicalización, sin acceso a otro tipo de prestaciones y/o sin un contrato por escrito.

Un modelo integral de seguridad social, como parte de un sistema de protección social, considera tres componentes: salud, previsión y asistencia

social. Se condiciona, además, por la situación del mercado laboral en cada país, su patrón demográfico, niveles de pobreza y desigualdad, condiciones de género, finanzas públicas, así como las dimensiones económica-política y jurídica-institucional. La sostenibilidad del sistema se basa en una cobertura adecuada, suficiencia de prestaciones y sostenibilidad financiera.

En cuanto a la disponibilidad de servicios de salud en México para la población que carece de seguridad social, se aprecia a lo largo de la historia reciente diversas acciones públicas, tales como el Programa IMSS – Coplamar, IMSS Solidaridad, Progresa, IMSS Oportunidades, IMSS Prospera, el INSABI e IMSS Bienestar, éste último responsable de operar el *Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar*. Por otra parte, el sistema de pensiones ha transitado a un sistema de "dos pilares": uno contributivo, basado en cuentas individuales, y otro, no contributivo, que compensa las limitaciones del esquema contributivo y se orienta a garantizar una pensión mínima para toda la población de adultos mayores, independientemente de su estatus laboral e historial contributivo a los sistemas formales de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISFAM, Pemex, principalmente).

Respecto al sistema contributivo de pensiones, éste enfrenta retos importantes para cumplir con los criterios básicos de sostenibilidad, cobertura y suficiencia, pese a la reforma de 2020; mientras que el sistema no contributivo enfrenta brechas estructurales con varios retos. Destaca la cantidad de recursos presupuestarios requeridos, los cuales podrán significar presiones fiscales importantes en el mediano y largo plazos, como lo muestra la tendencia en el monto de los recursos aprobados al Programa S176 "Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores"; lo que ha requerido reasignar recursos de otros programas. Asimismo, ha sido motivo de controversia el hecho de que los apoyos no contributivos del Programa tengan un carácter universal, incluyendo a personas afiliadas a sistemas contributivos, lo que pudiera tener efectos regresivos, en un contexto de recursos fiscales escasos.

Algunos analistas coinciden en la necesidad de avanzar en el diseño y construcción de un sistema universal de protección social; posibilitar que el acceso a los servicios de salud de calidad parta de las necesidades de las personas y no de su capacidad de pago o condición laboral. Asimismo, se han de tomar en cuenta nuevas formas de trabajo, limitadas en su acceso a la seguridad social; desarrollar un sistema de pensiones incluyente y sustentable; público y solidario,

en el caso de los sistemas contributivos, y dar sustentabilidad al esquema no contributivo.

Para ello, cabe tomar en consideración que existe un sólido marco normativo internacional de los llamados "derechos de segunda generación" o DESC, que incluyen el derecho a la seguridad social, así como el concepto de los "pisos de protección social", que busca la atención a la salud universal y la seguridad básica de ingreso. El marco normativo nacional, en su esfera constitucional, contempla el derecho a la protección de la salud y a una pensión contributiva y no contributiva (artículo 4º, párrafo cuarto y quince); así como 123 (Apartados A y B).

En la esfera legal reglamentaria, la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE regulan, entre otros aspectos, la seguridad social contributiva. En el caso de la regulación del acceso a servicios médicos no contributivos, con las reformas recientes al artículo 4º constitucional y la incorporación de la figura del trabajador independiente o por cuenta propia a la Ley del Seguro Social, el marco normativo parece haberse fortalecido en forma sustantiva. Asimismo, la Ley General de Salud y, en particular, el conjunto normativo contemplado en su Título Tercero Bis, han observado mejoras con reformas recientes, en respuesta tanto a medidas específicas para elevar la eficiencia y eficacia de dicha prestación, como a los cambios de la política pública en la materia.

La hipótesis original de la investigación sostenía que la reciente reforma pensionaria y la regulación contenida en la Ley General de Salud en materia de acceso a servicios de salud por las personas sin seguridad social resultan insuficientes para asegurar el derecho a estos componentes de la seguridad social. Al respecto, se considera que, si bien es prematuro para evaluar los resultados del esquema regulatorio recientemente reformado, tanto en materia de pensiones como de servicios de salud, éste contiene elementos factibles para la sostenibilidad de la seguridad social a mediano y largo plazos. Sin embargo, será relevante acompañar el proceso con el fortalecimiento fiscal de las instituciones involucradas, una mejor focalización del programa pensionario para adultos mayores sin seguridad social, una gestión efectiva y eficiente del "Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar", así como un monitoreo continuo y la evaluación periódica de los resultados e impactos.

Finalmente, cabe comentar en cuanto a los trabajos parlamentarios de la LXV Legislatura, que las reformas aprobadas en 2020 y en 2023, tanto al artículo 4º constitucional como a las Leyes del Seguro Social y General de Salud, parecen haber conformado un marco normativo adecuado en la atención del problema público objeto de esta investigación. En el caso de las pensiones, las reformas propuestas a ese mismo artículo de la Constitución, como parte del paquete de reformas entregado por el Ejecutivo federal a principios de 2024, pudiera complementar el marco normativo. Sin embargo, la sostenibilidad del sistema constituirá un reto importante para la siguiente Legislatura, en el ejercicio de las funciones parlamentarias, exclusivas de la Cámara de Diputados, relacionadas con la aprobación del presupuesto, así como el seguimiento, evaluación y fiscalización del gasto.

VI. ANEXOS

Anexo 1. Apéndice estadístico

Cuadro 1. Población total de México 2020, por tipo de localidad y sexo (miles de personas y distribución relativa por condición de afiliación y tipo de servicio de salud)

AFILIACIÓN SERVICIOS DE SALUD	Total			Localidades Rurales (Hasta 2,499 habitantes)			Localidades Urbanas (2,500 y más habitantes)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	**126,014.0**	**61,473.4**	**64,540.6**	**26,983.5**	**13,338.7**	**13,644.8**	**99,030.5**	**48,134.7**	**50,895.8**
Con afiliación a servicios de salud	**73.5%**	**71.9%**	**75.0%**	**74.3%**	**72.5%**	**76.1%**	**73.2%**	**71.7%**	**74.7%**
- IMSS	37.5%	37.7%	37.3%	15.5%	16.0%	15.0%	43.5%	43.8%	43.2%
- ISSSTE	5.3%	4.8%	5.8%	2.2%	2.1%	2.4%	6.1%	5.5%	6.7%
- ISSSTE estatal	0.8%	0.7%	0.8%	0.4%	0.4%	0.4%	0.9%	0.8%	0.9%
- Pemex, Defensa o Marina	0.9%	0.9%	0.9%	0.5%	0.5%	0.5%	1.0%	1.0%	1.0%
- Seguro Popular o Instituto de Salud para el Bienestar	25.8%	24.5%	27.1%	53.0%	50.9%	55.2%	18.4%	17.2%	19.6%
- IMSS-Prospera o Bienestar	0.7%	0.7%	0.7%	1.7%	1.6%	1.7%	0.4%	0.4%	0.4%
- Seguro privado	1.6%	1.7%	1.6%	0.5%	0.5%	0.5%	1.9%	2.0%	1.9%
- Otra institución	0.8%	0.9%	0.8%	0.5%	0.5%	0.5%	0.9%	1.0%	0.9%
Sin afiliación a servicios de salud	**26.2%**	**27.8%**	**24.7%**	**25.4%**	**27.2%**	**23.7%**	**26.4%**	**27.9%**	**25.0%**
No especificado	0.3%	0.4%	0.3%	0.2%	0.3%	0.2%	0.4%	0.4%	0.3%

Fuente: Elaboración propia, con datos del *Censo de Población y Vivienda 2020*, INEGI, https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#tabulados

Cuadro 2. Población de 12 años y más de México 2020, por tipo de localidad y sexo, según condición de actividad y ocupación (miles de personas y tasas de afiliación a servicios de salud)

AFILIACIÓN SERVICIOS DE SALUD	Total			Localidades Rurales (Hasta 2,499 habitantes)			Localidades Urbanas (2,500 y más habitantes)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Población de 12 años y más	**100,528.2**	**48,565.9**	**51,962.3**	**20,549.5**	**10,087.1**	**10,462.5**	**79,978.6**	**38,478.8**	**41,499.8**
Población económicamente activa	**62,281.6**	**36,815.9**	**25,465.7**	**11,944.1**	**7,831.6**	**4,112.5**	**50,337.5**	**28,984.3**	**21,353.2**
Ocupada	61,121.3	35,984.3	25,137.0	11,760.3	7,679.2	4,081.1	49,361.0	28,305.1	21,055.9
Desocupada	1,160.3	831.6	328.7	183.8	152.4	31.4	976.5	679.2	297.3
Población no económicamente activa	**37,891.3**	**11,512.2**	**26,379.1**	**8,507.0**	**2,183.1**	**6,323.9**	**29,384.3**	**9,329.1**	**20,055.2**
No especificada	355.3	237.7	117.5	98.4	72.3	26.1	256.9	165.4	91.4
Tasas de Afiliación a Servicios de Salud (%)[a]									
Total	**73.4%**	**71.4%**	**75.4%**	**74.1%**	**71.7%**	**76.5%**	**73.3%**	**71.3%**	**75.1%**
Población económicamente activa	**72.1%**	**69.8%**	**75.4%**	**72.2%**	**70.5%**	**75.6%**	**72.1%**	**69.6%**	**75.4%**
Ocupada	72.6%	70.4%	75.8%	72.4%	70.6%	75.7%	72.7%	70.3%	75.8%
Desocupada	45.0%	45.0%	45.0%	63.0%	63.5%	60.6%	41.6%	40.8%	43.4%
Población no económicamente activa	**75.8%**	**76.6%**	**75.4%**	**76.8%**	**75.9%**	**77.1%**	**75.5%**	**76.8%**	**74.9%**
Pensionada o jubilada	96.2%	95.7%	96.9%	93.3%	92.9%	94.2%	96.4%	95.9%	97.0%
Estudiante	76.7%	76.8%	76.6%	78.4%	78.4%	78.4%	76.3%	76.5%	76.2%
Quehaceres de su hogar	73.6%	66.9%	73.9%	76.7%	74.5%	76.8%	72.4%	63.3%	72.7%
Limitación física o mental permanente para trabajar	73.0%	71.4%	74.9%	74.2%	73.5%	75.3%	72.3%	70.2%	74.7%
Otras actividades no económicas	62.9%	60.1%	66.5%	69.7%	68.2%	72.6%	60.7%	57.0%	65.1%

a/ Cociente entre la población que se encuenta afiliada a algún servicio de salud y el total de población en cada subgrupo específico, expresado en por ciento.

Fuente: Elaboración propia, con datos del *Censo de Población y Vivienda 2020*, INEGI, https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#tabulados

Cuadro 3. Tasas de acceso a instituciones de salud de la población ocupada en México, por sexo y edad, según estrato socioeconómico, al primer trimestre de 2024 (%) [a]

SEXO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO[b]	TOTAL	15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 años y más	No especificado
TOTAL	39.1%	14.8%	45.0%	46.9%	42.8%	38.0%	16.7%	55.8%
Hombre	38.8%	14.4%	45.0%	46.6%	43.2%	38.6%	17.2%	48.6%
Mujer	39.6%	15.5%	45.1%	47.2%	42.2%	37.2%	16.0%	65.1%
Estrato Bajo	13.6%	5.2%	18.6%	18.8%	14.7%	11.5%	4.2%	33.2%
Hombre	13.3%	4.8%	17.9%	18.1%	15.1%	12.1%	4.8%	41.3%
Mujer	14.3%	6.4%	19.8%	19.9%	13.9%	10.3%	2.6%	16.1%
Estrato Medio	37.7%	16.1%	44.4%	45.8%	41.3%	34.1%	14.7%	60.9%
Hombre	39.0%	16.2%	45.7%	47.3%	43.8%	36.3%	16.2%	45.4%
Mujer	35.9%	16.1%	42.6%	43.9%	37.9%	30.9%	12.2%	73.6%
Estrato Alto	54.3%	26.7%	59.2%	61.9%	57.6%	54.2%	28.0%	52.8%
Hombre	54.1%	26.8%	60.1%	60.8%	57.3%	55.1%	29.3%	49.9%
Mujer	54.4%	26.6%	58.1%	63.3%	57.9%	53.2%	26.1%	59.0%

a/ El indicador se calcula como el cociente del número de personas que declararon tener acceso a atención médica por su trabajo, entre el total de la población ocupada correspondiente, expresado como porciento.

b/ Clasificación de las personas y sus hogares, de acuerdo a la combinación de sus características sociodemográficas y las características de las viviendas que habitan.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, primer trimestre, 2024, INEGI, https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/#tabulados

Cuadro 4. Tasas de acceso a instituciones de salud de la población ocupada en México, por sexo y edad, según grado de urbanización, al primer trimestre de 2024 (%) [a]

SEXO Y GRADO DE URBANIZACIÓN[b]	TOTAL	15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 años y más	No especificado
TOTAL	39.1%	14.8%	45.0%	46.9%	42.8%	38.0%	16.7%	55.8%
Hombre	38.8%	14.4%	45.0%	46.6%	43.2%	38.6%	17.2%	48.6%
Mujer	39.6%	15.5%	45.1%	47.2%	42.2%	37.2%	16.0%	65.1%
1. Áreas más urbanizadas	51.1%	26.1%	56.9%	59.0%	54.5%	49.0%	25.2%	62.7%
Hombre	51.4%	26.1%	57.5%	59.4%	54.9%	50.3%	26.8%	54.9%
Mujer	50.7%	26.0%	56.1%	58.6%	54.1%	47.3%	22.7%	71.7%
2. Áreas menos urbanizadas	27.3%	8.9%	32.7%	34.4%	31.2%	25.5%	9.6%	39.0%
Hombre	27.4%	8.7%	32.9%	34.4%	32.6%	26.6%	9.9%	35.0%
Mujer	27.1%	9.4%	32.4%	34.4%	29.1%	23.6%	9.0%	45.5%
2.1 Urbano medio	38.6%	14.9%	43.2%	46.9%	42.4%	36.2%	16.3%	5.9%
Hombre	40.4%	14.1%	45.7%	48.2%	45.8%	38.3%	18.4%	7.7%
Mujer	36.2%	16.5%	39.9%	45.3%	37.9%	33.2%	13.2%	n.c.
2.1 Urbano bajo	27.8%	8.1%	32.7%	34.3%	32.2%	25.7%	10.5%	55.8%
Hombre	29.0%	8.4%	33.1%	35.8%	35.6%	27.6%	11.0%	57.6%
Mujer	25.8%	7.6%	32.2%	32.1%	27.3%	22.7%	9.6%	55.0%
2.1 Urbano rural	18.2%	6.5%	23.6%	24.4%	21.0%	16.3%	5.5%	36.5%
Hombre	17.6%	6.4%	22.9%	23.5%	20.7%	17.4%	5.8%	36.9%
Mujer	19.4%	6.9%	24.8%	25.8%	21.7%	13.8%	4.7%	34.9%

n.c.: No calculable

a/ El indicador se calcula como el cociente del número de personas que declararon tener acceso a atención médica por su trabajo, entre el total de la población ocupada correspondiente, expresado como porciento.

b/ El grado de urbanización corresponden al número de habitantes donde viven las personas: Más urbanizadas (100,000 y más habitantes o capitales de estado); menos urbanizadas (menos de 100,000 habitantes), que a su vez se subdividen en urbano medio (15,000 a 99,999 habitantes), urbano bajo (2,500 a 14,999 habitantes) y rural (menos de 2,500 habitantes).

Fuente: Elaboración propia, con datos de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo,* primer trimestre, 2024, INEGI, https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/#tabulados

Cuadro 5. Trabajadores subordinados y remunerados en México, por tamaño de unidad económica y sexo, según vía de acceso a instituciones de salud, al primer trimestre de 2024 (personas y distribución relativa por vía de acceso)

TAMAÑO DE UNIDAD ECONÓMICA Y SEXO	Total		Con acceso al IMSS ó ISSSTE			Sin acceso a instituciones de salud	No especificado
	Personas	%	Subtotal	Por trabajo principal	Por trabajo secundario		
Total	40,868,290	100.0%	56.4%	56.3%	0.1%	42.8%	0.9%
Hombre	24,246,442	100.0%	55.8%	55.8%	0.1%	43.3%	0.8%
Mujer	16,621,848	100.0%	57.2%	57.1%	0.0%	41.9%	0.9%
Agropecuario	3,151,157	100.0%	17.5%	17.4%	0.1%	82.3%	0.2%
Hombre	2,671,282	100.0%	15.8%	15.7%	0.2%	84.0%	0.1%
Mujer	479,875	100.0%	27.1%	27.1%	n.c.	72.4%	0.5%
No agropecuario	34,578,011	100.0%	58.3%	58.2%	0.1%	40.9%	0.8%
Hombre	19,532,099	100.0%	59.6%	59.5%	0.1%	39.6%	0.9%
Mujer	15,045,912	100.0%	56.7%	56.6%	0.0%	42.5%	0.8%
Micronegocios	9,429,423	100.0%	13.9%	13.9%	0.1%	85.9%	0.2%
Hombre	6,195,619	100.0%	12.4%	12.3%	0.1%	87.5%	0.1%
Mujer	3,233,804	100.0%	17.0%	16.9%	0.1%	82.7%	0.3%
Pequeños establecimientos	8,629,595	100.0%	69.6%	69.6%	0.1%	29.9%	0.4%
Hombre	4,606,311	100.0%	67.9%	67.9%	0.1%	31.7%	0.4%
Mujer	4,023,284	100.0%	71.6%	71.5%	0.1%	27.9%	0.5%
Medianos establecimientos	5,592,650	100.0%	91.0%	91.0%	0.0%	8.8%	0.2%
Hombre	3,400,304	100.0%	91.3%	91.3%	0.0%	8.5%	0.2%
Mujer	2,192,346	100.0%	90.5%	90.4%	0.0%	9.4%	0.2%
Grandes establecimientos	5,846,033	100.0%	97.0%	97.0%	0.0%	2.7%	0.3%
Hombre	3,541,271	100.0%	97.3%	97.3%	0.0%	2.5%	0.1%
Mujer	2,304,762	100.0%	96.6%	96.6%	0.0%	2.9%	0.6%
Gobierno	2,357,017	100.0%	82.7%	82.6%	0.1%	15.9%	1.4%
Hombre	1,365,900	100.0%	84.0%	83.9%	0.1%	14.7%	1.3%
Mujer	991,117	100.0%	80.9%	80.8%	0.1%	17.5%	1.6%
Otros	2,723,293	100.0%	4.6%	4.6%	0.0%	89.0%	6.4%
Hombre	422,694	100.0%	9.5%	9.5%	n.c.	62.8%	27.7%
Mujer	2,300,599	100.0%	3.7%	3.7%	0.0%	93.8%	2.5%
No especificado	3,139,122	100.0%	74.3%	74.3%	0.0%	23.9%	1.7%
Hombre	2,043,061	100.0%	72.6%	72.6%	0.0%	25.8%	1.6%
Mujer	1,096,061	100.0%	77.6%	77.5%	0.0%	20.4%	2.1%

Fuente: Elaboración propia, con datos de la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*, primer trimestre, 2024, INEGI, https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/#tabulados

Anexo 2. Iniciativas relacionadas con el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, durante la LXV Legislatura

FECHA	ARTÍCULOS	OBJETIVO	GRUPO PARLAMENTARIO	SITUACIÓN ACTUAL
21 de septiembre de 2021	77 Bis 17, 77 Bis 29	Busca la transparencia y certeza en el uso de recursos del Fondo de Salud para el Bienestar	PAN	Turnada a comisiones
28 de octubre de 2021	6 bis, 77 Bis 12	Busca asegurar un gasto en salud del 6% del PIB a través del PEF	PRI	Turnada a comisiones
25 de noviembre de 2021	77 Bis 9, 77 Bis 12, 77 Bis 35, 77 Bis 37, 77 Bis 42, 77 Bis 43	Busca crear un Catálogo de padecimientos, intervenciones y/o enfermedades de Servicios de Salud	PAN	Turnada a comisiones
25 de noviembre de 2021	3, 77 Bis 29, 115	Busca incluir dentro de la categoría de gastos catastróficos la nutrición de pacientes menores de edad	PAN	Turnada a comisiones
7 de diciembre de 2021	77 Bis 7	Busca eliminar el requisito de contar CURP para acceder a la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social, en favor de las personas extranjeras sin residencia en el país	PAN	Turnada a comisiones
7 de diciembre de 2021	77 Bis 2	Busca el reconocimiento del abasto de medicamentos como parte fundamental en la garantía de la protección del derecho a la salud	PVEM	Turnada a comisiones
10 de marzo de 2022	77 Bis 29, 134, 136	Busca incluir la atención a la enfermedad por Covid-19 y sus secuelas en la lista de gastos catastróficos financiados por el Fondo de Salud para el Bienestar	PAN	Turnada a comisiones
31 de marzo de 2022	2, 3, 7, 13, 17, 25, 26, 27, 28, 28 Bis, 29, 35, 77 Bis 1, 77 Bis 2, 77 Bis 3, 77 Bis 4, 77 Bis 5, 77 Bis 6, 77 Bis 7, 77 Bis 8, 77 Bis 9, 77 Bis 10, 77 Bis 11, 77 Bis 12, 77 Bis 13, 77 Bis 14, 77 Bis 15, 77 Bis 16 A, 77 Bis 17, 77 Bis 18, 77 Bis 29, 77 Bis 30, 77 Bis 31, 77 Bis 32, 77 Bis 33, 77 Bis 34, 77 Bis 35, 77 Bis 35 A, 77 Bis 35 B, 77 Bis 35 C, 77 Bis 35 D, 77 Bis 35 E, 77 Bis 35 F, 77 Bis 35 G, 77 Bis 35 H, 77 Bis 35 I y 77 Bis 35 J, 77 Bis 36, 77 Bis 37, 77 Bis 38, 77 Bis 39, 77 Bis 40, 77 Bis 41 y 222 Bis	Busca restituir el seguro popular	PAN	Turnada a comisiones
26 de abril de 2022	51 Bis 3, 54, 77 Bis 37	Busca incluir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como autoridad para los procedimientos de queja	PAN	Turnada a comisiones
23 de mayo de 2022	77 Bis 1	Busca incluir a las mujeres victimas de ataques con ácido u otras sustancias abrasivas como beneficiarias de los servicios a personas sin seguridad social	PAN	Turnada a comisiones
27 de junio de 2022	3, 7, 77 Bis 1, 77 Bis 2, 77 Bis 3, 77 Bis 5, 77 Bis 6, y 77 Bis 8	Busca equiparar la figura de "persona periodista" a la de persona sin seguridad social	MORENA	Retirada
6 de julio de 2022	3, 13, 77 Bis 31	Busca unificar la prestación de servicios de salud a nivel nacional mediante un sistema interinstitucional coordinado, así como apliar su cobertura	MORENA	Retirada
6 de julio de 2022	77 Bis 35 C	Se busca actualizar y establecer condiciones más adecuadas para el funcionamiento de la Secretaría de Salud	MORENA	Turnada a comisiones

Continua

FECHA	ARTÍCULOS	OBJETIVO	GRUPO PARLAMENTARIO	SITUACIÓN ACTUAL
12 de julio de 2022	77 Bis 1, 77 Bis 2, 77 Bis 3. 77 Bis 4, 77 Bis 5, 163	Busca integrar la salud cardiaca como prioritaria en las políticas de salud	PAN	Turnada a comisiones
6 de septiembre de 2022	77 Bis 1	Busca establecer que el dispositivo intrauterino, para evitar temporalmente el embarazo, será gratuito y seguro	MORENA, PAN, PRD, PRI, PT y PVEM	Turnada a comisiones
23 de noviembre de 2022	77 Bis 35 H, 90	Busca integar la observación de las NOM en materia de salud	PRD	Retirada
23 de noviembre de 2022	3, 64, 77 Bis 5	Busca promover la acreditación de establecimientos que cuenten con los requerimientos mínimos necesarios para la atención y tratamiento de enfermedades raras	MORENA, PT, PVEM	Turnada a comisiones
24 de noviembre de 2022	3, 13, 77 Bis 31	Busca unificar la prestación de servicios de salud a nivel nacional mediante un sistema interinstitucional coordinado, así como apliar su cobertura	MORENA	Turnada a comisiones
15 de diciembre de 2022	2, 3, 7, 13, 17, 25, 26, 27, 28, 28 Bis, 29, 35, 77 Bis 1, 77 Bis 2, 77 Bis 3, 77 Bis 4, 77 Bis 5, 77 Bis 6, 77 Bis 7, 77 Bis 8, 77 Bis 9, 77 Bis 10, 77 Bis 11, 77 Bis 12, 77 Bis 13, 77 Bis 14, 77 Bis 15, 77 Bis 16 A, 77 Bis 17, 77 Bis 18, 77 Bis 29, 77 Bis 30, 77 Bis 31, 77 Bis 32, 77 Bis 33, 77 Bis 34, 77 Bis 35, 77 Bis 35 A, 77 Bis 35 B, 77 Bis 35 C, 77 Bis 35 D, 77 Bis 35 E, 77 Bis 35 F, 77 Bis 35 G, 77 Bis 35 H, 77 Bis 35 I y 77 Bis 35 J, 77 Bis 36, 77 Bis 37, 77 Bis 38, 77 Bis 39, 77 Bis 40, 77 Bis 41 y 222 Bis	Busca restituir el seguro popular	PAN	Turnada a comisiones
2 de febrero de 2023	3, 7, 77 Bis 29	Busca ampliar la protección de la ley a las personas con enfermedades raras reconocidas por el Consejo de Salubridad General	MC	Turnada a comisiones
25 de abril de 2023	1, 3, 7, 9, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 28, 29, 36, 77 Bis 1, 77 Bis 2, 77 Bis 3, 77 Bis 5, 77 Bis 6, 77 Bis 7, 77 Bis 8, 77 Bis 9, 77 Bis 10, 77 Bis 11, 77 Bis 12, 77 Bis 13, 77 Bis 15, 77 Bis 16 A, 77 Bis 17, 77 Bis 29, 77 Bis 30, 77 Bis 31, 77 Bis 32, 77 Bis 33, 77 Bis 34, 77 Bis 35, 77 Bis 35 A, 77 Bis 35 B, 77 Bis 35 C, 77 Bis 35 D, 77 Bis 35 E, 77 Bis 35 F, 77 Bis 35 G, 77 Bis 35 H, 77 Bis 35 I, 77 Bis 35 J, 77 Bis 37, 77 Bis 38, 77 Bis 40, 77 Bis 41, 77 Bis 42, 77 Bis 43, 77 Bis 44, 77 Bis 45, 77 Bis 46, 164, 197, 224 Bis, 300, 314 Bis 1, 337, 421 Bis, 469 Bis	Busca consolidar la operación del Sistema de Salud para el Bienestar, con el fin de garantizar el derecho humano a la salud establecido en el art. 4 consticional	MORENA	Aprobada y publicada en el DOF
25 de abril de 2023	2, 3, 7, 13, 17, 25, 26, 27, 28, 28 Bis, 29, 35, 77 Bis 1, 77 Bis 2, 77 Bis 3, 77 Bis 4, 77 Bis 5, 77 Bis 6, 77 Bis 7, 77 Bis 8, 77 Bis 9, 77 Bis 10, 77 Bis 11, 77 Bis 12, 77 Bis 13, 77 Bis 14, 77 Bis 15, 77 Bis 16 A, 77 Bis 17, 77 Bis 18, 77 Bis 29, 77 Bis 30, 77 Bis 31, 77 Bis 32, 77 Bis 33, 77 Bis 34, 77 Bis 35, 77 Bis 35 A, 77 Bis 35 B, 77 Bis 35 C, 77 Bis 35 D, 77 Bis 35 E, 77 Bis 35 F, 77 Bis 35 G, 77 Bis 35 H, 77 Bis 35 I y 77 Bis 35 J, 77 Bis 36, 77 Bis 37, 77 Bis 38, 77 Bis 39, 77 Bis 40, 77 Bis 41 y 222 Bis	Busca restituir el seguro popular	PAN	Turnada a comisiones
8 de febrero de 2023	29 y 77 Bis 12	Busca garantizar la existencia permanente y disponibilidad de los medicamentos e insumos para la salud	PAN	Turnada a comisiones
14 de marzo de 2023	77 bis 2	Busca garantizar el abasto oportuno de medicamentos	PVEM	Turnada a comisiones
23 de marzo de 2023	77 Bis 35 H, 90	Busca integar la observación de las NOM en materia de salud	PRD	Turnada a comisiones
4 de julio de 2023	7, 77 Bis 35	Busca garantizar el abasto oportuno de medicamentos e insumo médicos	MORENA	Turnada a comisiones

Continua

FECHA	ARTÍCULOS	OBJETIVO	GRUPO PARLAMENTARIO	SITUACIÓN ACTUAL
17 de julio de 2023	27, 51 Bis 1, 77 Bis 12	Busca garantizar que las personas hablantes de lengua indígena puedan acceder a interpretes cuando utilicen los servicios básicos de salud	MORENA	Retirada
28 de julio de 2023	1, 6, 7, 13, 25, 77 Bis 1, 157 Bis 1	Busca extender la cobertura del derecho a la salud a los mexicanos migrantes	PRI	Turnada a comisiones
14 de agosto de 2023	1 Bis, 3o, 27, 77 Bis 1; y 77 Bis 11, 77 Bis 12, 77 Bis 13, 77 Bis 14, 77 Bis 15	Busca incorporar los conceptos telesalud, telemedicina y receta electrónica en la Ley General de Salud	Congreso de la CDMX	Turnada a comisiones
13 de septiembre de 2023	3, 7, 19, 21, 28, 29, 36, 77 Bis A, 77 Bis 1, 77 Bis 2,77 Bis 3,77 Bis 4, 77 Bis 5, 77 Bis 6, 77 Bis 7, 77 Bis 8, 77 Bis 9, 77 Bis 10, 77 Bis 11, 77 Bis 12, 77 Bis 13, 77 Bis 14, 77 Bis 15, 77 Bis 16, 77 Bis 17, 77 Bis 29, 77 Bis 30, 77 Bis 31, 77 Bis 32, 77 Bis 33, 77 Bis 34, 77 Bis 35, 77 Bis 36, 77 Bis 37, 77 Bis 38, 77 Bis 21, 77 Bis 22, 77 Bis 23, 77 Bis 24, 77 Bis 25, 77 Bis 26, 77 Bis 27, 77 Bis 28, 77 Bis 39, 77 Bis 40, 77 Bis 41, 77 Bis 42, 77 Bis 43, 77 Bis 44, 77 Bis 45, 77 Bis 46	Busca la implementación de un seguro universal en materia de salud	MC	Turnada a comisiones
11 de octubre de 2023	77 Bis 37, 115	Busca el asegurar una dieta saludable como parte de la atención hospitalaria tras un procedimiento médico	PRI	Turnada a comisiones
3 de octubre de 2023	77 Bis 30	Busca disponer de recursos suficientes para la implementación de albergues destinados a brindar atención a las personas acompañantes o cuidador primario de pacientes en tratamiento de cáncer	MORENA	Turnada a comisiones
23 de noviembre de 2023	3, 7, 77 Bis 16 A	Busca consolidar la federalización del sistema de salud para el bienestar	PES y MORENA (Cámara de Senadores)	Aprobada y publicada en el DOF
30 de octubre de 2023	27, 51 Bis 1, 77 Bis 12	Busca establecer que la atención de los servicios básicos de salud se deberá ofrecer a las personas hablantes de lengua indígena con personal que tenga conocimiento de su cultura y/o a través de intérpretes	MORENA	Turnada a comisiones
14 de noviembre de 2023	27, 77 Bis 37	Busca un trato digno e inclusivo a las personas de la diversidad sexual, y grupos vulnerables en los servicios de salud pública.	MORENA	Turnada a comisiones
24 de enero de 2024	77 Bis 17, 77 Bis 29	Busca establecer que una vez aprobado el Presupuesto en materia de Salud, éste no podrá reducirse o ser destinado para otro fin	PAN	Turnada a comisiones
27 de febrero de 2024	3, 7, 27, 28 Bis, 73, 77 Bis 37, 77 Bis 43, 89, 96, 103, 166 Bis 3, 166 Bis 16, 194 Bis 262, 315	Busca integrar las tecnologías biofotónica, óptica, fotobiomodulatoria o fotodinámica en materia de salud	MC	Turnada a comisiones
16 de abril de 2024	77 Bis 1, 77 Bis 5	Busca la creación del Seguro de Cobertura de Servicios de Salud	PAN	Turnada a comisiones
13 de febrero de 2024	2, 3, 7, 13, 17, 25, 26, 27, 28, 28 Bis, 29, 35, 77 Bis 1, 77 Bis 2, 77 Bis 3, 77 Bis 4, 77 Bis 5, 77 Bis 6, 77 Bis 7, 77 Bis 8, 77 Bis 9, 77 Bis 10, 77 Bis 11, 77 Bis 12, 77 Bis 13, 77 Bis 14, 77 Bis 15, 77 Bis 16 A, 77 Bis 17, 77 Bis 18, 77 Bis 29, 77 Bis 30, 77 Bis 31, 77 Bis 32, 77 Bis 33, 77 Bis 34, 77 Bis 35, 77 Bis 35 A, 77 Bis 35 B, 77 Bis 35 C, 77 Bis 35 D, 77 Bis 35 E, 77 Bis 35 F, 77 Bis 35 G, 77 Bis 35 H, 77 Bis 35 I y 77 Bis 35 J, 77 Bis 36, 77 Bis 37, 77 Bis 38, 77 Bis 39, 77 Bis 40, 77 Bis 41 y 222 Bis	Busca restituir el seguro popular	PAN	Turnada a comisiones
5 de marzo de 2024	77 Bis 1, 77 Bis 2, 77 Bis 3, 77 Bis 4, 77 Bis 5, 163	Busca integrar la salud cardiaca como prioritaria en las políticas de salud	PAN	Turnada a comisiones
16 de abril de 2024	77 Bis 2	Busca la homologación de derechos de los trabajadores del Sistema de Salud para el Bienestar	PAN	Turnada a comisiones

Conclusión

Fuente: Elaboración propia, con información de la *Gaceta Parlamentaria* (varios números), de la Cámara de Diputados.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Arenas de Mesa, A. *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Libros de la CEPAL, núm. 159 (LC/PUB.2019/19-P). Santiago de Chile: CEPAL, 2019.

Asamblea General de las Naciones Unidas. "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", Proyecto de resolución remitido a la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015 por la Asamblea General en su sexagésimo noveno período de sesiones, 18 de septiembre, 2015.

Asociación Internacional de Seguridad Social. "What is social security", Social security: A fundamental human right, acceso el 21 de mayo, 2023), https://ww1.issa.int/about/socialsecurity.

Banco de México. "La Reforma del Sistema de Pensiones de México: Posibles Efectos sobre las Jubilaciones, la Dinámica del Ahorro Obligatorio y las Finanzas Públicas", extracto del *Informe Trimestral,* octubre - diciembre 2020, recuadro 4, pp. 53-58, 3 marzo de 2021, https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/informes-trimestrales/recuadros/%7B097F33DE-A56A-DA9E-9620-7A9CDC32AA8B%7D.pdf

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. *Las Pensiones y las Finanzas Públicas en México, 1997 – 2030*. Ciudad de México: CEFP, 2022.

Comisión Europea. "Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Social Protection in European Union Development Cooperation", EUR-Lex, 2023.

Comisión Mundial sobre el Futuro del Trabajo. *Trabajar para un futuro más prometedor*. Ginebra: OIT, 2019.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). "Términos de referencia de la evaluación de diseño", Ciudad de México: CONEVAL, enero 2017, https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/MDE/Documents/TDR_Diseno.pdf

------. *Documento de análisis sobre la medición multidimensional de la pobreza, 2022*. Ciudad de México: CONEVAL, agosto 2023.

------. *Medición de la pobreza 2022*. Ciudad de México: CONEVAL, agosto 2023.

Coordinación de Servicios de Información, Bibliotecas y Museo. *La pensión no contributiva como un instrumento para reducir la incidencia de la pobreza en la población de los adultos mayores de México*, SAE-ASS-10-23. Ciudad de México, Cámara de Diputados, noviembre de 2023.

García Arizaga, Karen Yarely y Diana Pérez Padrón. "El derecho al acceso a la seguridad social de los trabajadores al servicio del estado", *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Núm. 29, julio-diciembre de 2019.

Ghai, Dharam. "Trabajo decente. Concepto e indicadores", *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 122 (2003), núm. 2.

Grupo Nuevo Curso de Desarrollo. *Ante la situación nacional: Reflexiones y propuestas 2024-2030*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2024.

Gutiérrez Barbarrusa, Tomás. "El auge del empleo precario en Europa. Conceptos, indicadores y efectos de la crisis económica mundial", *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 135, núm. 4, 2016, 515-549.

López Ayllón, Sergio, J. Jesús Orozco Henríquez, Pedro Salazar y Diego Valadés (coords). *Análisis técnico de las 20 iniciativas de reformas constitucionales y legales presentadas por el presidente de la República (febrero 5, 2024)*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México – Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2024

Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Del trabajo precario al trabajo decente: documento final del simposio de los trabajadores sobre políticas y reglamentación para luchar contra el empleo precario*. Ginebra: OIT, 2012.

------. *Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019*. Ginebra: OIT, 2017

------. "Declaración del Centenario de la OIT para el Futuro del Trabajo" (adoptada en la 108 Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra: OIT, junio de 2019.

------. *Derecho a la seguridad social en las constituciones del mundo: Ampliando el espacio moral y legal para la justicia social*, volumen 2 (América Latina). Ginebra: OIT, 2023.

OIT y Grupo del Banco Mundial. "Lanzamiento de la Iniciativa sobre una protección social universal del Grupo del Banco Mundial y de la OIT para sensibilizar a los líderes del mundo acerca de la importancia que revisten las políticas de protección social universal y su financiación", *Nota conceptual*. Ginebra: OIT, 30 de junio, 2015.

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). *Breaking the Vicious Circles of Informal Employment and Low-Paying Work*. Paris: OCDE, 2024 https://doi.org/10.1787/f95c5a74-en

Sierra Romero, Sergio Federico. "Incorporación de la población al trabajo en México: Un modelo de análisis sobre las tendencias recientes y perspectivas para la década de los noventa", Tesis para obtener el grado de Master of Arts in Economics. Ciudad de México, Universidad de las Américas, 1992.

Standing, Guy. *The Precariat. The New Dangerous Class*. Londres: Bloomsbury Academic, 2011.

Tockman, Víctor. "Sector informal en América Latina: De subterráneo a legal", en Programa Regional de Empleo para América Latina (PREALC), *Más allá de la regulación: el sector informal en América Latina*. Santiago de Chile: OIT, 1990.

CEDIP
CENTRO DE ESTUDIOS DE DERECHO
E INVESTIGACIONES PARLAMENTARIAS

CÁMARA DE
DIPUTADOS
LXVI LEGISLATURA
SOBERANÍA Y JUSTICIA SOCIAL