



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MÉXICO

---



FACULTAD DE ECONOMÍA

“LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO  
DE MÉXICO EN EL 2010: UN ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN ACTUARÍA

PRESENTA:

ARELI MEJÍA NAVA

ASESOR:

Dr. EN E.P. SERGIO CUAUHTÉMOC  
GAXIOLA ROBLES LINARES

REVISORES:

Dr. EN C.A. WENDY OVANDO ALDANA  
Dr. EN E. MIGUEL ÁNGEL DÍAZ CARREÑO

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

FEBRERO 2016

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	7
CAPITULO I .....	11
1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	11
1.1 Antecedentes de la seguridad social .....	11
1.2 Seguridad social: breve revisión conceptual.....	19
1.3 Definición del problema .....	22
1.4 Objetivos.....	24
1.5 Pregunta de investigación.....	24
1.6 Hipótesis .....	24
1.7 Metodología .....	24
CAPITULO II .....	28
2. SEGURIDAD SOCIAL.....	28
2.1 Evolución de la seguridad social.....	29
2.1.1 Seguro Social.....	29
2.1.2 Seguridad Social.....	31
2.1.3 La seguridad social como un derecho humano.....	33
2.2 Debate sobre el concepto multidimensional de la seguridad social.....	35
2.3 Definición de la seguridad social .....	41
CAPITULO III .....	43
3. CONTEXTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL .....	43
3.1 Situación de la seguridad social en América Latina.....	44
3.2 Condiciones de la seguridad social en México y en el Estado de México .....	48
3.3 Características demográficas, económicas y sociales del Estado de México....	50
CAPITULO IV .....	62
4. SEGURIDAD SOCIAL EN LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE MÉXICO, 2010....	62
4.1 Dimensiones de la seguridad social.....	62
4.1.1 Salud.....	63
4.1.2 Seguridad de ingreso.....	65

4.2 Descripción del análisis multivariado .....	72
4.2.1 Análisis por componentes principales.....	72
4.2.2 Análisis de conglomerados (Análisis clúster).....	78
4.3 Análisis estadístico multidimensional de la seguridad social en los municipios del Estado de México, 2010 .....	80
CONCLUSIONES FINALES.....	93
BIBLIOGRAFÍA .....	97

## INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo, a nivel internacional la seguridad social se ha declarado como un derecho humano, debido a que cada día las condiciones de vida se vuelven más inciertas, e incluso el alcance de la satisfacción de las necesidades básicas se torna compleja, confinando el bienestar del ser humano.

La seguridad social se conceptualiza básicamente como la protección que ofrece la sociedad a sus ciudadanos, brindando asistencia médica y seguridad de ingreso, en los casos de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, maternidad o pérdida del sostén de familia (Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2003).

Además, este derecho humano se extiende a la garantía de las necesidades básicas, que tienen que ver con la vivienda, la alimentación, la educación y el vestido (Alonso, 2012). Todo ello con el propósito de que no solo les asegure bienestar a los individuos, sino también la sociedad alcance un buen desarrollo económico y social (OIT, 2003).

En ese sentido, a nivel mundial se ha promovido el crecimiento y el desarrollo de la seguridad social, en la medida que es una necesidad humana. Empero, este proceso ha sido de manera desigual, debido a que cada región tiene diversas características demográficas, sociales, políticas, económicas y culturales.

A finales del siglo XX, en América Latina, un lugar caracterizado por la desigualdad y la carencia de sus sociedades, se implementó una tendencia económica neoliberal, con la finalidad de que la región tuviera un mejor desarrollo. Sin embargo, este modelo económico, ha traído una constante desestructuración en materia de seguridad social, debido a que en diversos países de esta región, el proceso que tenía este derecho humano sufrió un estancamiento e incluso un desgaste, por la carencia de factores económicos y elementos solidarios para afrontar los riesgos sociales (Alonso, 2012).

Una de las naciones que ha vivido todas estas transformaciones sociales, es México, un país con grandes disimilitudes económicas y sociales, que lo hace estar inmerso en regiones heterogéneas.

En la región centro se vislumbra al Estado de México<sup>1</sup> por ser el estado con mayor número de pobladores a nivel nacional. Al mismo tiempo de ser la entidad con el mercado laboral más grande del país. No obstante, “las características que reviste la población ocupada que vive y trabaja allí son limitadas. Las personas tienen largas horas de trabajo y perciben remuneraciones excesivamente bajas” (Sollova, 2009, p. 11), lo cual es parte de la seguridad social que deben gozar los individuos.

Por lo anterior, el Estado de México se caracteriza por ser una de las entidades con mayor grado de desigualdad del país en cuanto a ingresos y calidad de vida en los mexiquenses (Taniguchi, 2011). Además, la entidad se ve inmersa en una falta de cobertura en salud, que es primordial en la seguridad social de los individuos, debido a que es uno de los 11 estados del país con mayor porcentaje de habitantes sin acceso a la salud (Morales, 2010).

En ese contexto, la importancia de realizar la presente investigación, surge de las múltiples carencias en materia de seguridad social que reviste el Estado de México.

El objetivo del estudio reside en analizar las condiciones sobre seguridad social en los municipios del Estado de México, en el año 2010, por medio de un análisis estadístico multidimensional, a través de la información que recaba el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Una vez presentado el objetivo del presente estudio, se procede a describir su contenido, comprendido en cuatro capítulos y conclusiones finales.

En el primer capítulo se presenta el planteamiento del problema, el punto medular que ayuda a integrar la tesis, ya que contiene los objetivos, la pregunta de investigación, la hipótesis y la metodología. Asimismo, se exponen los antecedentes y la conceptualización de la seguridad social, en los que resalta un breve debate por la definición de este derecho humano.

El segundo capítulo comprende el marco teórico sobre seguridad social, en el que se exponen diversas posturas teóricas sobre este derecho. Uno de los puntos importantes que se discuten en este capítulo son las múltiples dimensiones que deben contener un

---

<sup>1</sup> El Estado de México se encuentra ubicado en la región centro sur del país. Es uno de los treinta y un estados que junto con el Distrito Federal conforman las entidades federativas de México.

sistema de seguridad social, de acuerdo a las diversas perspectivas de los organismos internacionales y autores especializados. No obstante, todos convergen a que la seguridad social tiene la finalidad de garantizar el bienestar del ser humano.

En el tercer capítulo se presenta el contexto de la seguridad social, dividida en dos partes. Por un lado, se explican las condiciones de este derecho humano tanto a nivel mundial, como en América Latina, en las que se destaca la cobertura de aseguramiento social, respecto a las normas internacionales. Además, se exponen algunos problemas que merman el desarrollo de este derecho humano, centrados en la región Latinoamericana y México. Por otro lado, se expone detalladamente al Estado de México, en el que se muestra la composición de su población, características demográficas, nivel educativo, entre otros factores que caracterizan a la entidad. Principalmente, se presentan las estadísticas generales sobre las dimensiones de la seguridad social: salud y seguridad de ingreso. Asimismo, en este apartado, se articulan algunos datos que se han expresado sobre seguridad social en los mexiquenses. Es importante mencionar que estos elementos que se muestran del Estado de México son para contextualizar el análisis empírico a nivel municipal de la entidad.

El cuarto capítulo expone la parte empírica del estudio, iniciando con el contexto a nivel municipal de la entidad mexiquense, respecto a las dimensiones que contiene la seguridad social (salud y seguridad de ingreso), en las que se describen a los municipios con relevantes contrastes sobre este derecho humano. Posteriormente se presentan los resultados del análisis de componentes principales y de conglomerados, con sus respectivas pruebas. En suma, se explica la gran desigualdad y polarización en materia de seguridad social que existe a nivel municipal en el Estado de México.

Por último, en las conclusiones finales se exponen las generalidades sobre la seguridad social en los pobladores mexiquenses, caracterizadas por la gran inequidad de oportunidades sobre este beneficio que existe en cada rincón de la entidad. A manera de ejemplo, se observa que la derechohabiencia a servicios de salud representa 42.7 por ciento de la población mexiquense, excluyendo a 57.3 por ciento de atención médica, la cual es primordial para el bienestar de los individuos.

Asimismo, se presenta la conclusión más importante de la investigación, a raíz de la agrupación de los 125 municipios mexiquenses en los niveles de carencia en seguridad

social, con base en los pobladores de 15 a 65 años de edad, en la que se destaca que los municipios muestran situaciones extremas sobre este derecho humano, debido a que 31 municipios se catalogan en baja carencia, 52 municipios en mediana carencia y 42 municipios en alta carencia en materia de seguridad social. Los municipios que puntúan en baja carencia de este beneficio son: Cuautitlán, Metepec y Coacalco de Berriozábal, en los que su población goza de una alta cobertura en salud y trabajos bien remunerados. En contraste, los municipios que se encuentran en las condiciones más deplorables de seguridad social son: San José del Rincón, Donato Guerra y Zumpahuacán, en la medida que tienen una alta carencia en la derechohabencia a servicios de salud y en ingresos. Todo ello relacionado con los objetivos, la pregunta de investigación y la hipótesis que se efectuaron a lo largo del estudio.

Ante este escenario, es importante que el gobierno del Estado de México implemente políticas públicas que articulen las múltiples dimensiones de la seguridad social, con el propósito de que este derecho humano sea igualitario para toda la población, o bien, los municipios converjan a niveles altos de este beneficio, para que en próximos años se eviten problemas económicos y sociales.

En general, se presenta una tesis con un sencillo aporte en el análisis de la seguridad social, con la finalidad de que sirva como referencia a las políticas de los gobiernos, en la medida que se disminuyan la gran carencia y polarización de este derecho humano tan trascendental para la vida, dado que es parte de la cohesión social, y del desarrollo económico, tanto de los individuos como de las sociedades.

## CAPITULO I

### 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1 Antecedentes de la seguridad social

La noción de la seguridad social surge desde las épocas primitivas del ser humano, al tener la necesidad de asegurar el alimento, la vivienda y el vestido, derivado de las contingencias naturales que se presentaban. Así como la previsión de enfermedades, con la intención de poder sobrevivir más años; por lo que consecuentemente el individuo tuvo que irse asegurando de diversas situaciones, debido a que los riesgos aumentaban en la medida en que se organizaba socialmente en aquella época (Nugent, 1997).

Asimismo, Nugent (1997) menciona que en las antiguas culturas del viejo mundo y americanas, se construyeron sistemas de protección bajo ciertos riesgos, principalmente en la atención de enfermedades, discapacidades, accidentes, lesiones por defensa en la guerra, ayuda funeraria y apoyo a ancianos desamparados, por medio de asociaciones mutuas, con el fin de ser solidarios entre sí, o financiado por los mismos individuos.

Derivado de ello se fueron creando sistemas más complejos de protección contra diversas eventualidades que afectaban el bienestar de los individuos.

Paul Durand ha señalado que la formación histórica del sistema de seguridad social ha pasado por tres etapas: la primera es la que él llama los Procedimientos Indiferenciados de Garantía, que son: el ahorro individual, la mutualidad, el seguro privado, la asistencia pública y la responsabilidad; la segunda es la de los seguros sociales; y la tercera, la de la seguridad social. (Rendón, 1992; citado por Nugent, 1997, p. 606).

La primera etapa de la seguridad social tiene inicios desde 1598, al surgir las Leyes de Pobres que ofrecían ayuda a la población necesitada, una serie de asistencia social que integraba actos solidarios, sin fines de lucro (Kurczyn, 1997).

Consecutivamente, durante la Revolución Industrial, surgió el ahorro individual como medio de protección económica, con la intención de poder solventar las futuras contingencias que pudieran poner en riesgo el bienestar de los individuos, principalmente causados por el trabajo.

Por otra parte, a mediados del siglo XIX, surge la modalidad de mutualidad, cuyo “principio consiste en reunir un grupo de personas para que colectivamente y sin fines de



lucro afronten la indemnización de cierto número de riesgos sociales que sufran sus miembros a base de las cuotas que impongan al efecto en una especie de fondo común creado para ello” (Bowen, 1992, p. 27).

No obstante, los sistemas de protección que se constituyeron durante la primera etapa fueron inestables e insuficientes económicamente para solventar las contingencias que pudiera tener el individuo, esencialmente en el trabajo, debido a que no gozaban de protección alguna.

Posteriormente en las siguientes etapas, se estructura con una mayor complejidad el sistema de protección, al desarrollarse dos modelos que actualmente son bases fundamentales de la seguridad social.

El primer modelo se basa en seguros sociales, desarrollado por Otto Von Bismark e implementado por primera vez en Alemania en el año de 1889, este modelo tenía el objetivo de salvaguardar el bienestar de los trabajadores de los riesgos sociales, por lo que era financiado por ellos mismos y por sus empleadores, la cobertura de este derecho obligatorio contemplaba seguro contra enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y vejez (Sánchez, 2012).

El segundo modelo se desarrolló a finales del siglo XIX, inició con la Ley de indemnización de trabajadores, el seguro sanitario obligatorio, el seguro de desocupación y las pensiones contribuyentes para ancianos, viudas y huérfanos; hasta llegar al Plan de Seguridad Social propuesto por William Beveridge en 1942, donde “la característica principal de su plan es un proyecto completo de seguros que abarca a todos los ciudadanos, y no solo a quienes trabajan para patrones” (Sánchez, 2012, p. 13). Este plan tenía la intención de ser solidario y universal, al ofrecer una pensión para la vejez, gastos de entierro, cuidados médicos, desocupación e incapacidad, a los beneficiados y a sus familias, mediante un único pago semanal.

En resumen, estos dos modelos fueron la esencia de la construcción de la seguridad social que al mismo tiempo de su formación iban llegando a otros países para su implementación y organismos internacionales empezaban a estructurar un sistema ideal de la misma.

En 1919, la OIT creó el primer convenio del trabajo en seguridad social, lo que influyó que en 1927 se creara la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), con el objetivo de promover y desarrollar la seguridad social (OIT, 2009).

En este sentido, en 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos estipuló en el Artículo 22, el derecho a la seguridad social para toda persona que fuera miembro de la sociedad (Organización de las Naciones Unidas (ONU), 1948).

En el caso de México, la seguridad social tiene como antecedente en 1904 la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México y en 1906 la Ley sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León, con el propósito de obligar a los empresarios a cubrir a sus trabajadores en caso de enfermedad, accidente o muerte causado por el trabajo; lo que dio pie a que en 1915 se desarrollara la Ley de Accidentes que establecía otorgar pensiones o indemnizaciones en caso de incapacidad o muerte del trabajador derivado del riesgo laboral (Díaz, 2000).

Más tarde, durante la Revolución Mexicana, derivado de las negociaciones entre los trabajadores y el Estado, se estableció en el Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917:

Se consideran de utilidad social: el establecimiento de cajas de seguros populares, de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otros fines análogos; por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado deberán fomentar la organización de Instituciones de esta índole Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917; citado por Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), 1987, p. 411).

Posteriormente el sistema de seguridad social en México se fue desarrollando en tres etapas, como lo identifica Brachet (2010), las cuales se describen enseguida:

#### Etapa 1. Nacimiento de la seguridad social en México (1917-1943).

Durante esta etapa posrevolucionaria, los mexicanos que gozaban de un trabajo, carecían del acceso a un sistema de seguridad social bien definido por la continua lucha de poderes en el país. Sin embargo, en 1925 surge una propuesta de Ley que consistía en “la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal” (Díaz, 2000, p. 52), lo que generó inquietud en los empresarios, debido a que consideraban que otros sectores debían participar.

En 1929 se modificó el Artículo 123 de la Constitución con el fin de establecer el siguiente punto: “Se considera de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes y otros con fines análogos” (Gómez, Ortiz, Sales & Sánchez, 2005, p. 333)

Posterior a la modificación del Artículo, el país tuvo un periodo de constantes luchas de poder entre trabajadores y empresarios que conllevó a postergar la publicación de esta Ley en 1943.

En este sentido, en el mismo año, surge el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el propósito de ser el encargado de administrar y organizar el Seguro Social.

En ese periodo, la seguridad social del Estado mexicano se basaba en la Ley del Seguro Social, cuya cobertura abarcaba: riesgos de trabajo (accidentes de trabajo y enfermedad profesionales); maternidad y enfermedades; invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (Gómez et al., 2005), donde los únicos beneficiarios eran los que gozaban de empleo formal, con el argumento de que teóricamente las aportaciones que se realizaban eran por patrones, empleados y gobierno federal. Sin embargo, en general se financiaba por toda la población (Brachet, 2010).

#### Etapa 2. Crecimiento de la seguridad social en México (1943-1982).

Con la implementación de la Ley del Seguro Social se originó una serie de instituciones que desarrollaron su propio sistema de seguridad social, exclusiva de trabajadores formales.

Por otro lado, en el año 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), con la finalidad de proteger a los individuos sin acceso a la seguridad social que vivían cerca de zonas urbanizadas, es decir, se encargaba de “prestar auxilio a los ciudadanos desamparados, en materia de enfermedades, o de carencias fundamentales como orfandad, desamparo o efectos de catástrofe” (Cámara de Senadores de la República Mexicana, 1987, p. 153); una de las limitantes de esta institución fueron las múltiples carencias de servicios y la baja calidad de los mismos (Brachet, 2010).

En este contexto, en 1959 surgió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con el objetivo de brindar seguridad social a los

servidores públicos, en el que se cubrirían accidentes y enfermedades, maternidad, jubilación, invalidez, vejez y muerte. Adicionalmente, se les asignó el derecho a sus familias de recibir asistencia médica y medicinas (Ordoñez, 2002).

Conjuntamente surgieron organismos encargados de la seguridad social para los trabajadores de fuerzas armadas, petróleo, electricidad y algunas universidades. Además surgen los institutos de seguridad social para los gobiernos estatales y municipales de México, bajo convenios con el ISSSTE (Ochoa, 2006).

En el caso del Estado de México, en 1969 surge el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) cuya función era otorgar seguros por fallecimiento, créditos quirografarios e hipotecarios, pensiones y liquidación, para los servidores públicos (ISSEMyM, 2015).

Así con la creación de estas instituciones, la seguridad social tomaba un importante momento de auge en México dado que gran parte de los trabajadores mexicanos en empleo formal, se beneficiaban de la seguridad social por diferentes instituciones.

En el caso del IMSS, a partir de 1960, se incrementó significativamente el número de asegurados principalmente por dos razones. En primer lugar, en 1964, por el desarrollo de la industrialización. En segundo lugar, en 1973, por la extensión de la capacidad derechohabiente, influido por iniciativa del gobierno federal como parte de la estrategia política social, al ofrecer protección a toda la población, específicamente a la zona rural, en cuanto a servicios de salud, por medio del programa Solidaridad Social, financiado por el mismo instituto en 40 por ciento y por deuda pública en 60 por ciento (Brachet, 2010).

Según Ordoñez (2002, p. 132) “la estrategia de reorientación hacia la población desprotegida se extendió a todas las esferas de la intervención social”, así bien, no sólo se brindaron servicios médicos, sino todos los derechos que cubría la seguridad social. Es importante señalar que esta ampliación se presentó principalmente en el marco jurídico del IMSS.

Así entonces, en 1974 se modifica el Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917, párr. 45), en el que se establecía lo siguiente:

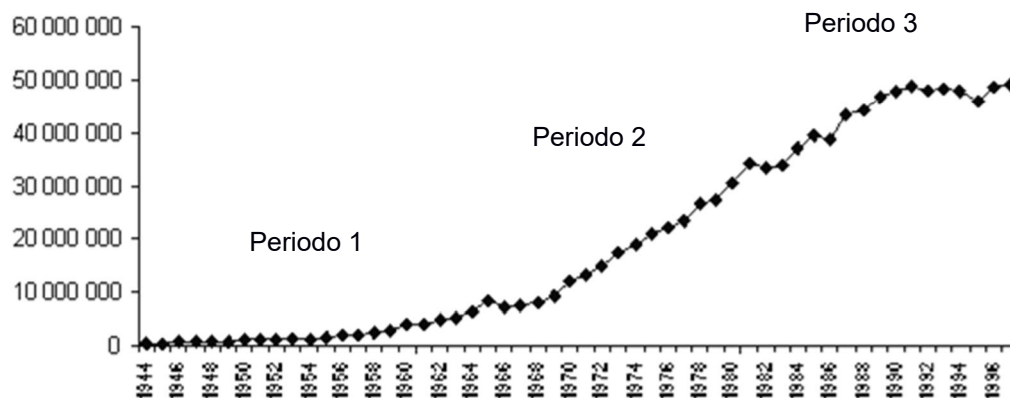
Es de utilidad pública la Ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección

y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

De esta manera, Díaz (2000) señala que el sistema de seguridad social se dirigía a los trabajadores, a los servidores públicos y a la población no sujeta a una relación de trabajo.

Por lo tanto, el crecimiento de la seguridad social se puede dividir en tres periodos, como se observa en la siguiente gráfica:

Gráfica 1.1 Total de población derechohabiente de las instituciones de seguridad social, 1944-1977.



Fuente: Recuperado de Ochoa (2006).

Inicialmente, durante los años de 1943 a 1964, se crearon instituciones de seguridad social dirigidas a diversos sectores de trabajadores formales a causa de la publicación de la Ley del Seguro Social. Posteriormente, en los años de 1964 a 1974, el número de beneficiarios aumentó derivado del desarrollo de la industria y de la implementación de programas del gobierno.

Finalmente, después de la publicación de la Ley de 1974, la derechohabencia de la seguridad social se incrementó rápidamente. Según Ochoa (2006), con base en el INEGI, en 1970 el IMSS cubría 20.3 por ciento del total de la población, mientras que el ISSSTE contaba con 2.8 por ciento de la población; hacia 1990 la derechohabencia se aceleró puesto el IMSS cubría 47.5 por ciento de la población total del país y el ISSSTE, 10.2 por ciento; es importante mencionar que 95.4 por ciento de la población derechohabiente del IMSS pertenecía al ámbito urbano.

Etapa 3. Proceso del declive a las nuevas reglas de la seguridad social en México (1982-2006).

De esta manera, los sistemas de seguridad social se saturaron de forma rápida, principalmente por dos instancias: la creación de diversas instituciones y el cambio estratégico en la política de la seguridad social, ocasionando que el sistema empezara a estancarse a partir de 1982 (véase grafica 1.1), debido a que había llegado a su máxima capacidad por el gran número de derechohabientes, suscitando que la estabilidad financiera comenzara a quebrantarse (Brachet, 2010).

Por ende, se tuvo que modificar la estructura de la seguridad social, la cual fue influenciada por el modelo neoliberal, que fue adoptado a finales del siglo XX con el propósito de ajustar todo el sistema económico mexicano, ya que pasaba por una crisis ocasionada por problemas inflacionarios, desequilibrio externo, e inicios de cambios demográficos (Alonso, 2012).

Los principales elementos del modelo neoliberal que adoptó el país para enfrentar los problemas económicos que padecía, fueron: la disciplina fiscal, la reorientación del gasto público, la liberación comercial y la privatización; lo que indujo a ser la “base para desestructurar la seguridad social y sus instituciones, dejando como consecuencia, una grave carencia de elementos solidarios para enfrentar riesgos sociales” (Alonso, 2012, p. 37).

En consecuencia, surge la reforma de 1995, donde la seguridad social se responsabiliza a cuenta individual y su administración se dirige al sector financiero, dando lugar a una reorganización en la pensiones y en los servicios de salud. (Narro, Moctezuma & Orozco, 2010). Es importante mencionar que esta política ha sido fuertemente criticada puesto que “con la reforma de seguridad social ya no es solo el campo económico y financiero el objetivo de la política de privatizaciones, sino también el campo de los derechos sociales constitucionales y de las grandes instituciones de bienestar social” (Rojas & Ulloa, 2002, p. 41).

Aunado a lo anterior, el sistema de pensiones se reformó de un Sistema de Reparto, el cual consistía en aportaciones que realizaban los trabajadores activos para financiar el pago de las pensiones de la población jubilada, a un Sistema de Capitalización Individual,

mediante la Ley del Seguro Social de 1997, estableciendo que “el trabajador es el responsable de la acumulación del fondo en su cuenta individual y de él depende su carrera salarial y por tanto, la provisión necesaria para poder llegar a reservar una suma que le permita adquirir una renta vitalicia suficiente en el futuro” (Alonso, 2012, p. 97).

En materia de servicios médicos, el sistema de salud se descentralizó con el fin de realizar un manejo más eficiente de los recursos (Narro et al., 2010). No obstante, a pesar de estas reformas una parte importante de los trabajadores carecen del acceso a los beneficios de la seguridad social.

Así entonces, los desempleados y los empleados informales quedan desamparados, por lo que el gobierno empieza a implementar programas de asistencia social, con el fin de ofrecer servicios de salud y pensiones. Al día de hoy, existen el Seguro Popular (SP)<sup>2</sup> y la pensión para adultos mayores<sup>3</sup>.

Por ende, el país atraviesa por momentos difíciles en materia de seguridad social, en primera instancia por falta de un sistema único que brinde este derecho a todos los ciudadanos de manera justa y solidaria, y por otra parte se “enfrenta cada vez más el hecho de que un mayor número de trabajadores no tienen un empleo con las prestaciones que da la economía formal y por lo tanto, oscilan entre la informalidad o trabajos ocasionales que no les permite cotizar a algún régimen de seguridad social” (Alonso, 2012, p. 23). Así, esto se ve reflejado en los porcentajes de derechohabencia sobre los seguros sociales, que cada vez más van en descenso, ya que en el año 2000 se cubría 41.56 por ciento de la población, para el año 2004, 44.00 por ciento y en 2009, 40.97 por ciento (Alonso, 2012).

En particular, a finales del siglo XX, el Estado de México se convirtió en la entidad con mayor población en el país, por la dinámica económica y demográfica que ha tenido; a causa de ello, “los sectores industrial y de servicios no tenían la capacidad de absorber la demanda de empleo de los residentes ni de los inmigrantes que seguían llegando a la

---

<sup>2</sup> Su propósito es brindar protección a la población no derechohabiente mediante un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud (SSA, 2015).

<sup>3</sup> El Programa de Pensión para Adultos Mayores, atiende a las personas adultas mayores de 65 años en adelante y tiene cobertura a nivel nacional. Las y los beneficiarios reciben apoyos económicos de 580 pesos mensuales con entregas de 1,160 pesos cada dos meses (Secretaría de Desarrollo Social, 2015).

entidad, lo que provocó el aumento explosivo del subempleo y del desempleo” (Ronzón & Montoya, 2013, p. 69), originando que la mayoría de la población estuviera al margen del acceso a un sistema de seguridad social.

## 1.2 Seguridad social: breve revisión conceptual

En esta sección se expone una breve revisión teórica sobre la seguridad social, dado que es el eje analítico que permitirá desarrollar los objetivos de la presente investigación.

A nivel internacional, la seguridad social es un derecho fundamental para todo ser humano que se define como:

Un sistema general y homogéneo de prestaciones, de derecho público y supervisión estatal, que tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, mediante la redistribución de la riqueza nacional, especialmente dirigida a corregir supuestos de infortunio (Macías, Moreno, Milanés, Martínez & Hazas, 1993; citado por Suprema Corte de la Justicia de la Nación, 2007, p. 13).

De esta manera se observa que la seguridad social es un concepto multidimensional (asistencia médica, protección de los medios de subsistencia, servicios social, entre otros), debido a que contempla diversos factores que permiten mejorar la calidad de vida de la población, así como avanzar en el desarrollo económico y social.

En este sentido, la OIT (2003, p. 1) señala:

La seguridad social es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia.

Asimismo, la AISS (2015a), otra institución que se ha encargado de este tema tan esencial para el mejor desarrollo de los individuos, describe a la seguridad social como un programa de protección social que brinde seguridad de ingresos para que los individuos puedan enfrentar eventualidades como: vejez, supervivencia, incapacidad, invalidez, desempleo o educación de los hijos. Adicionalmente señala que también puede brindar servicios de salud (preventivos y curativos).

Es evidente que la OIT fundamenta la seguridad social en dos dimensiones: asistencia médica y seguridad de ingresos, mientras que la AISS lo reduce a seguridad de ingresos, o también conocido como seguridad económica.



Respecto a las coberturas de la seguridad social, estas dos instituciones concuerdan primordialmente en los casos de vejez, desempleo e invalidez. Sin embargo, divergen en dos elementos, la OIT considera a la maternidad, en tanto que la AISS prioriza a la educación de los hijos. No obstante, estas últimas coberturas señaladas, son fundamentales en el desarrollo del ser humano.

En lo que concierne al caso de maternidad, se considera que es un aspecto importante debido a que es indispensable para el crecimiento de la población, debido a que al día de hoy, en países desarrollados principalmente, va en decadencia y por otro lado incrementa la productividad de las mujeres; mientras que la educación de los hijos también es significativa dado que mejora la calidad de vida de los seres humanos al tener mejor oportunidades de empleo, sumado a que atrae mejoras económicas para el país donde se desarrolla.

De forma más puntual, en el esquema 1.1, se observan las propuestas de las coberturas a las que tendría derecho un individuo con seguridad social, por cada organización anteriormente mencionada.

Esquema 1.1 Coberturas de la seguridad social, según OIT y AISS.



Fuente: Elaboración propia.

Uthoff y Conte-Grand (2011) consideran las mismas dimensiones que la OIT, pese a que anteponen la seguridad del ingreso a la asistencia médica, y las coberturas que proponen son mínimas, debido a que en la parte económica, es la protección en caso de incapacidad de trabajar, vejez o pérdida del sostén de familia, mientras que en la parte médica solo suponen la existencia de la disponibilidad de la misma. Para estos autores estas dimensiones se conceptualizan en el esquema 1.2.

Esquema 1.2 Conceptualización de la seguridad social, según Uthoff y Conte-Grand.



Fuente: Elaboración propia.

En el mismo sentido, Bertranou (2005) un importante especialista en materia de seguridad social, refiere que este beneficio aparte de garantizar protección económica, en caso de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, desempleo, maternidad, enfermedad común, invalidez, vejez, jubilación, sobrevivencia o muerte; también debe incluir prestaciones de salud, prevención, rehabilitación y cuidados de larga duración, es decir, el autor reconoce la importancia del acceso al servicio de salud.

Por otro lado, González (2003, p. 17) define a la seguridad social como una “herramienta mediante la cual los individuos aseguran el derecho fundamental a la salud, al trabajo, a la vivienda y a una vejez digna”.

De esta manera, se hace evidente que Bertranou (2005) y González (2003) concuerdan que los servicios de salud son un factor importante para conceptualizar a la seguridad social, esta idea discrepa ligeramente a la noción que tiene la AISS, Uthoff y Conte-Grand sobre este derecho humano, debido a que enfatizan más en seguridad de ingreso.

Como se puede apreciar, se han generado diferentes posiciones en cuanto a los elementos que debería incluir la seguridad social y el debate entre los servicios que corresponden cubrir es inconcluso, puesto que la seguridad social se va adaptando según sean las necesidades económicas y demográficas de cada país.

Ante esta falta de consenso en la definición seguridad social por parte de los organismos internacionales y autores citados, la presente investigación define a la seguridad social

como un derecho humano, que engloba múltiples dimensiones con base en dos elementos: salud y seguridad de ingreso, con la finalidad de que se garantice un bienestar y un mejor desarrollo económico y social tanto de los individuos como de la sociedad.

La elección de salud como dimensión de la seguridad social se basa en dos aspectos. En primer lugar existe una aceptación de esta dimensión por toda la literatura mencionada. En segundo lugar diversos autores plantean que la salud es un elemento importante de la seguridad social debido a que su objetivo es procurar el bienestar personal y familiar, así como respaldar más años de la fuerza del trabajo y de vida. De esta forma, la salud se considera como una dimensión fundamental de la seguridad social.

Por último, la seguridad de ingreso es la segunda dimensión que se asocia a la seguridad social, con base en dos aspectos. En primera instancia, derivado de la propuesta de la AISS que concentra su plan en la seguridad de ingreso por la razón de poder salvaguardar las necesidades de los individuos en caso de vejez, supervivencia, incapacidad, invalidez, desempleo y educación de los hijos. En segunda instancia a la referencia de Uthoff y Conte-Grand, estos autores convergen a la seguridad del ingreso con el fin de ofrecer protección en caso de desempleo, vejez y muerte del jefe de familia, sumado a que es un elemento para impedir la miseria; por tales motivos, esta investigación retoma esta dimensión.

### 1.3 Definición del problema

Históricamente, la población mexicana con derecho a la seguridad social ha sido la minoría, apenas en 1980 se alcanzó una cobertura de 43.6 por ciento, para 1990 la población cubierta fue 57.8 por ciento, en 1996 era 50.2 por ciento y en el año 2008 se cubría 58.1 por ciento de la población. Posteriormente, durante el año 2010, la cobertura de las instituciones de seguridad social, en términos numéricos fue superior a los 50 millones de mexicanos, esta cifra contenía a los poco más de 17 millones de mexicanos asegurados por alguna de las instituciones o programas existentes, a los casi 30 millones de familiares con derechos y los más de 6 millones de pensionados, jubilados y familiares con derechos; es decir, sólo uno de cada dos mexicanos estaba cubierto por la seguridad social (Narro, et al., 2010).

En particular en el Estado de México, durante el 2009, según Ronzón y Montoya (2013, p. 70) existía solo 56 por ciento de la población que era derechohabiente a alguna institución de salud, aunado a que “por cada trabajador que cotizaba en una institución de salud, había 1.7 personas más afiliadas por esa misma cotización”, lo cual representa un gran problema en el sistema de seguridad social.

Aunado a lo anterior, Almonte y Carbajal (2011, p. 80) mencionan que el Estado de México se ha colocado en los niveles más elevados de la tasa de desempleo en el país, ya que “la tasa de desempleo entre 2000 y 2009 dan muestra de que casi se ha duplicado: de 3.4 en 2000 pasó a 6.9% en 2009, con una tasa de desempleo promedio anual de 4.8%”, lo cual es un factor determinante para que un individuo tenga acceso a la seguridad social.

Por otro lado, es importante señalar que a pesar de la creación del Seguro Popular (SP) como parte de la seguridad social para todos los ciudadanos mexicanos que por su situación laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de este beneficio, en la presente investigación este seguro no se considera como tal, dado que por sus características se concibe como una asistencia social, en las que se destacan la limitación de servicios médicos y el tipo de financiamiento es por medio de contribuciones fiscales. Además, el SP no ha logrado cubrir a toda la población mexicana, debido a que en el año 2010 diversas fuentes de información convergen en que alrededor de 30 por ciento de la población del país carecen de algún tipo de seguro (Laurell, 2013).

En este contexto, se pretende realizar un estudio que tiene el objetivo de analizar las condiciones de la seguridad social en el Estado de México a nivel municipal, mediante dos técnicas estadísticas: la construcción de un índice de componentes principales que permitirá reducir las múltiples dimensiones de la seguridad social y la clasificación de los municipios por medio del análisis de conglomerados.

A grandes rasgos la investigación tiene el propósito de identificar a los municipios según su carencia en seguridad social, con la finalidad de ser útil en la toma de decisiones de las políticas sociales del Estado de México, principalmente en brindar un mayor apoyo a los municipios más carentes de seguridad social.

## 1.4 Objetivos

### Objetivo general

Analizar las condiciones de la seguridad social en los municipios del Estado de México, en el año 2010.

### Objetivos específicos

- Identificar las dimensiones y las variables que conforman la seguridad social en los municipios del Estado de México, en el año 2010.
- Exponer las condiciones de la seguridad social en el Estado de México, en el año 2010.
- Construcción de un índice de componentes principales de la seguridad social en los municipios del Estado de México, en el año 2010.
- Clasificar a los municipios del Estado de México en el año 2010, según su carencia de seguridad social, por medio de la técnica de conglomerados.

## 1.5 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las condiciones de la seguridad social, en los municipios del Estado de México, en el año 2010?

## 1.6 Hipótesis

En el año 2010, los municipios del Estado de México se encuentran inmersos en desigualdad y polarización en materia de seguridad social.

## 1.7 Metodología

En este apartado se presentaran las técnicas estadísticas y las fuentes de información a utilizar, así como la definición de los elementos que servirán en el desarrollo de los objetivos de la investigación, aunado a delimitar la población a estudiar.

### Técnicas estadísticas

La presente investigación ocupa de dos técnicas estadísticas: en primer lugar, componentes principales con el fin de construir un índice, y en segundo lugar, conglomerados con el objetivo de poder clasificar. Todo ello con la ayuda de la base de datos del Censo de Población y Vivienda 2010, referente al cuestionario ampliado.

El análisis de componentes principales es una herramienta estadística del estudio multivariado, utilizada a nivel internacional y nacional con la finalidad de sintetizar información. Por lo que se aplicará en esta tesis, debido a que el concepto de seguridad social es multidimensional (Johnson & Wichern, 2007).

El análisis de conglomerados también es parte de la estadística multivariada que consiste en agrupar con base en características similares a ciertos elementos para poder analizar las peculiaridades de cada grupo, este análisis es muy utilizado para la organización de estrategias (Dillon & Goldstein, 1941).

#### Dimensiones de la seguridad social

En la presente investigación, las dimensiones a utilizar para definir a la seguridad social son: salud y seguridad de ingreso, de acuerdo a las bases teóricas que anteriormente se mencionaron.

De forma empírica, estas dimensiones se definen de la siguiente manera:

- Salud: Derecho de las personas de gozar servicios médicos.
- Seguridad de ingreso: Percepción monetaria que recibe una persona por recompensa a su trabajo.

Luego entonces, estas dimensiones serán medidas bajo las siguientes variables:

Esquema 1.3 Dimensiones de la seguridad social.



Fuente: Elaboración propia.

De manera descriptiva, con base en el cuestionario ampliado del Censo de Población y Vivienda 2010, en el apartado de características de las personas, cada variable de las respectivas dimensiones se observa en el esquema 1.4.

Esquema 1.4 Descripción de las variables de las dimensiones.

**Derechohabiencia a servicios de salud**

8. DERECHOHABIENCIA A SERVICIOS DE SALUD

¿(NOMBRE) tiene derecho a los servicios médicos:

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE HASTA 2 CÓDIGOS

del Seguro Social (IMSS)? ..... 1

del ISSSTE? ..... 2

del ISSSTE estatal? ..... 3

de Pemex, Defensa o Marina? ..... 4

del Seguro Popular o para una Nueva Generación? ..... 5

de un seguro privado? ..... 6

de otra institución? ..... 7

Entonces, ¿no tiene derecho a servicios médicos? ..... 8

**Ingresos por trabajo**

32. INGRESOS POR TRABAJO

Me puede decir, ¿cuánto obtiene o recibe (NOMBRE) por su trabajo?

CIRCULE SOLO UN CÓDIGO Y ANOTE LA CANTIDAD

PERIODO

A la semana ..... 1

A la quincena ..... 2

Al mes ..... 3

Al año ..... 4

No recibe ingresos ..... 5

\$ | | | | | | | | | |

ANOTE EN PESOS

**Ahorro para el retiro y vacaciones con goce de sueldo**

30. PRESTACIONES LABORALES

¿(NOMBRE) recibe por su trabajo:

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE SOLO UN CÓDIGO PARA CADA OPCIÓN

	SI	NO
servicio médico (IMSS, ISSSTE u otro)?	1	2
aguinaldo?	3	4
vacaciones con goce de sueldo?	1	2
reparto de utilidades o prima vacacional?	3	4
ahorro para el retiro (SAR o AFORE)?	1	2
¿Otras prestaciones?	3	4

Fuente: Elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010b, pp. 4, 6,7).

Es importante mencionar que estas variables se especificaran a mayor detalle en el capítulo 4, dado que únicamente es de interés obtener el porcentaje de derechohabientes a servicios de salud, personas con un nivel económico que les permita cierto bienestar, y personas con beneficios laborales de ahorro para el retiro y vacaciones con goce de sueldo. Asimismo, es significativo aclarar que en el presente estudio, en la derechohabiencia a servicios de salud se excluye al SP, dado que se considera como una asistencia social.

**Población objetivo**

La población a estudiar es a los ciudadanos de 15 a 65 años de edad, residentes en los 125 municipios del Estado de México; se considera a partir de los 15 años dado a que en la Ley Federal del Trabajo es la edad mínima para poder trabajar (Chávez, 2014).

**Fuente de información**

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) es el encargado de realizar, cada diez años, el Censo de Población y Vivienda que constituyen la fuente de información

estadística más completa del país, aunado a que es representativa a nivel nacional, entidad federativa, municipio o delegación y para cada localidad con 50 mil o más habitantes (INEGI, 2010a).

El Censo de Población y Vivienda 2010 es el más reciente, motivo por el cual los resultados de la investigación se basarán en el año 2010. Esta fuente de información recopiló los datos mediante el cuestionario básico, ampliado, de entorno urbano, de localidad y el listado inmuebles

De esa manera, la información se obtendrá específicamente del cuestionario ampliado debido a que es una fuente representativa a nivel municipal, lo que es indispensable para el desarrollo de los objetivos de la investigación. Asimismo, contiene los suficientes datos que pueden constituir las dimensiones teóricas anteriormente señaladas, esta herramienta se caracteriza porque únicamente es aplicable a una muestra<sup>4</sup> de la población, aproximadamente a 2.9 millones de viviendas para el Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2011).

En suma, en esta primera parte se expone la viabilidad de la investigación sobre seguridad social en los municipios del Estado de México en el año 2010, dado que presenta los suficientes argumentos teóricos que previamente se plantearon, al abarcar los conceptos y las variables del tema, aunado a la población objetivo y la fuente de información. Así como la aptitud de las técnicas estadísticas del análisis multivariado. Todo ello, con la finalidad de que el estudio sea completo y enriquecedor en materia de seguridad social.

---

<sup>4</sup> El diseño de la muestra es probabilístico, estratificado y por conglomerados en una sola etapa mediante un muestreo aleatorio simple, con base en los 2456 municipios del país según la estadística del Censo de Población y Vivienda 2005 (INEGI, 2011).



## CAPITULO II

### 2. SEGURIDAD SOCIAL

A lo largo del tiempo, los seres humanos han estado expuestos a diversos riesgos que afectan su bienestar. No obstante, la sociedad ha constituido un sistema encargado de tomar medidas con el fin de afrontar tales contingencias que pudieran ser temporales o permanentes, al cual se le conoce como protección social (Morales, 2006).

La noción de protección social es muy amplia, derivado de ello se le atribuyen múltiples conceptos. En general, la ONU la concibe como un “conjunto de políticas y programas gubernamentales y privados con los que las sociedades dan respuesta a diversas contingencias a fin de compensar la falta o reducción sustancial de ingresos provenientes del trabajo, brindar asistencia a las familias con hijos y ofrecer atención médica y vivienda a la población” (Sánchez, 2012, p. 21).

En ese sentido, se puede decir que la protección social se encarga de ofrecer acceso a bienes y servicios básicos, a la protección y la prevención, así como a la promoción de oportunidades (Bertranou, 2003), con la propósito de fortalecer el crecimiento equitativo, la estabilidad social y el desempeño económico (OIT, 2015a).

Al ser un concepto que engloba varios aspectos, se puede dividir en dos categorías: aseguramiento y asistencia social; la primera se refiere a la seguridad social que de manera tradicional se concibe como un conjunto de seguros financiados por trabajadores y empleadores, que brindan protección a las personas en caso de enfrentar riesgos económicos, provocados por la salud, la vejez y el desempleo; y la segunda se encarga de reducir la pobreza mediante el otorgamiento de subsidios, con el fin de que toda persona alcance una economía estable (Guerrero, 2006).

En ese contexto, la presente investigación se ocupará exclusivamente de la seguridad social, dado que a lo largo del tiempo ha tenido un gran alcance conceptual, en esencia se ha convertido en una necesidad humana al ser parte del desarrollo del hombre en la medida que ayuda a proteger y preservar la vida del mismo (Álvarez, 1971). En otras palabras, engloba “prácticamente todas las aspiraciones humanas para alcanzar una vida más o menos segura, digna y plena, sobre todo apuntando a lograr una existencia

socialmente justa al hallarse y sentirse los individuos protegidos por el propio Estado” (Ruiz, 2008, p. 211).

## 2.1 Evolución de la seguridad social

Los antecedentes de la seguridad social se remontan a 1598, en Gran Bretaña, con el surgimiento de las Leyes de Pobres “un sistema de ayuda legal a los pobres ingleses financiado con impuestos” (Rodríguez, 2003, p. 118); específicamente esta ayuda se dirigía a los ancianos, los enfermos crónicos y los infantes; a los inhabilitados temporalmente debido a un accidente o a una enfermedad; a los desempleados; y a los vagos (Sarukhán, 1998). Así bien, esta ley tenía la finalidad de proteger a los más necesitados y pese a que fue un sistema débil, se empezó a tener la noción de salvaguardar el bienestar de los individuos que carecían de un digno estado económico.

Es importante señalar que al inicio de la seguridad social, las diferencias con el asistencialismo eran casi nulas, dado que ambas tenían la noción de ayudar a los desamparados, especialmente a los más pobres.

Durante varios años, este tema de ofrecer asistencia a los más necesitados, sólo le ocupó a aquel país europeo, hasta que en 1795, el estadounidense Thomas Paine, propuso un sistema que tenía el objetivo de proteger económicamente a los individuos que habían llegado a la mayoría de edad (21 años) sin poseer tierra, por medio de la entrega de un pequeño capital, y cuando cumplieran 50 años se les brindaría una renta anual, en otras palabras, toda la población necesitada se les garantizaba una renta mínima y pensiones, a este sistema le llamó seguro social, el cual no se materializó en ese entonces (Montagut, 2014).

### 2.1.1 Seguro social

En esa instancia, la seguridad social se percibió como factor de beneficencia, hasta que a inicios de los años de 1880 en Alemania, el canciller Otto Von Bismarck dio un giro en el concepto a la seguridad social con la creación de una serie de leyes (véase cuadro 2.1) que tenían la finalidad de proteger el bienestar de los trabajadores en cuanto a los riesgos sociales que enfrentaban, principalmente por el proceso de la industrialización. Así, el sentido de la seguridad social convergía exclusivamente hacia la protección de los

empleados, reservando la ayuda a los más necesitados. A este nuevo sentido de la seguridad social se le denominó seguro social.

Cuadro 2.1 Leyes sobre los seguros de enfermedad, accidentes de trabajo y jubilación, en Alemania; 1883, 1884 y 1889.

<b>Año</b>	<b>Ley</b>	<b>Características</b>
1883	Ley sobre el Seguro de Enfermedad	Comprendía prestaciones médica y farmacéutica durante trece semanas y prestaciones económicas por un valor de la mitad del salario del asegurado.
1884	Ley sobre el Seguro de Accidentes de Trabajo	Los empresarios debían cubrir a sus trabajadores en caso de invalidez o incapacidad provocada por los accidentes de trabajo. La renta dependía de la incapacidad provocada por el trabajo.
1889	Ley sobre el Seguro de Jubilación	La pensión se concedía a los setenta años y su cuantía era proporcional al número de cotizaciones del asegurado.

Fuente: Elaboración propia con base en Sánchez (2012).

De esta manera, con la integración de estas tres leyes surge un sistema de seguridad de ingresos, cuyo financiamiento dependía de los trabajadores y de los empresarios, en otras palabras se puede decir que el seguro social estaba relacionado con el trabajo del ciudadano.

Consecutivamente, en diversos países europeos, se crearon seguros sociales como en Alemania. En el caso de Francia, en 1905, se desarrolló el primer programa nacional de desempleo con carácter voluntario. Por otro lado, en Italia durante 1911, se implementó un sistema de seguro nacional obligatorio centralizado para la maternidad de las mujeres asalariadas (OIT, 2009).

En efecto, con la implementación de diversos programas enfocados al seguro social, derivado de los riesgos y las necesidades sociales que se enfrentaban, surgió la tarea de desarrollar una política internacional que se encargara de estos acontecimientos. Esta acción tiene inicios en 1919, en el primer convenio internacional del trabajo en seguridad social organizado por la OIT (Ruiz, 2011).

Inicialmente, el proceso sistemático que tenía la OIT sobre la seguridad social era incierto e indeciso. El único principio que determinó fue proteger a los trabajadores contra las

enfermedades o los accidentes de trabajo, así como otorgar pensiones en caso de vejez y de invalidez. Esta norma se basaba en los ideales de Bismarck, debido a que la mayoría de los participantes en la OIT eran alemanes y la importancia que se le daba a los trabajadores en el modelo era de gran interés para dicha organización (Rodgers, Lee, Swepston & Van, 2009).

Entre 1925 y 1927, la OIT siguiendo la estructura del seguro social de Alemania, esbozó una política sobre el seguro de enfermedad, por dos razones. En primer lugar, las enfermedades representaban un gran gasto en la fase de producción. En segundo lugar, el tema de seguridad social, o bien seguro social, resultaba de mayor interés para diversos países (Europa y América Latina) (Rodgers et al., 2009).

Asimismo, en 1927 por dirección de la OIT, surgió la AISS, o mejor conocida en sus inicios como la Conferencia Internacional de la Mutualidad y de los Seguros Sociales de las Naciones Unidas, con el propósito organizar un reglamento internacional sobre protección económica y en salud para los trabajadores. Inicialmente, ésta organización se ocupó de promover el desarrollo del seguro de enfermedad en todo el mundo (AISS, 2015b).

Años más tarde, entre 1932 y 1934, la noción de la seguridad social evolucionó, a raíz de que la OIT estableció en sus políticas la inclusión de “seguros de vejez, invalidez, desempleo y protección de supervivientes (viudas y huérfanos), en industria y en agricultura” (Rodgers et al., 2009, p. 154).

Posteriormente, la seguridad social se implementó en Estados Unidos, pese a que sus propuestas surgieron desde 1795, fue hasta 1935 cuando el presidente Roosevelt instauró la ley de la seguridad social, ésta ley era una combinación entre seguridad económica y seguro social. Es importante señalar que fue el primer país en acuñar el término de seguridad social en procesos normativos, en los que la OIT tuvo participación (OIT, 2009).

### 2.1.2 Seguridad social

En 1942, Inglaterra adoptó un sistema de seguridad social, desarrollado por William Beveridge, el que integraba una serie de programas desarrollados desde finales del siglo XIX. Por un lado los seguros de indemnización de trabajadores, seguro sanitario, seguro

de desocupación y pensiones; por otro lado los “programas de beneficencia pública para proteger a los indigentes con prestaciones asistenciales sanitarias” (Mendizábal, 2005, p. 548).

El motivo de unificar el sistema fue con el fin de atender a todos los ciudadanos, dado que el sistema anterior sólo cubría algunos de los riesgos sociales, el número de beneficiarios era reducido, específicamente a trabajadores asalariados, y la existencia de un programa de asistencia social era limitado (Ruiz, 2011).

En general, éste modelo inglés tenía el propósito de proteger a toda la población mediante tres aspectos (Rodríguez, 2008):

- Seguros sociales en prestaciones en dinero.
- Sistema general de subsidios infantiles.
- Plan general de cuidados médicos.

El financiamiento de este modelo se diseñó con base en impuestos y cotizaciones, es decir, su carácter era contributivo (asegurados, patrones y Estado) independientemente del nivel de renta del asegurado (Sánchez, 2012).

De esta manera, el Plan Beveridge fue un parteaguas en el concepto de seguridad social debido a que planteaba la universalidad de este beneficio, ya que en sus inicios la relación para obtener beneficio a la seguridad social estaba vinculada con la fuerza laboral, este último es mejor conocido como seguro social.

En lo que respecta a la OIT, es importante señalar que durante este periodo “abandonó su discurso tradicional sobre seguro social en favor de un concepto más completo de seguridad social universal” (Rodgers et al., 2009, p. 161).

En suma, se puede observar que el desarrollo de la seguridad social se basa en dos modelos. El primer modelo, a inicios de 1880 lo define Bismarck, quien plantea un sistema de seguridad de ingresos basado en las aportaciones de empleadores y trabajadores, con el propósito de proteger a estos últimos en materia económica cuando enfrentaran las eventualidades de accidente de trabajo, enfermedad o vejez; mientras que el segundo modelo fue introducido en 1942, mejor conocido como Plan Beveridge, un sistema universal que brinda protección a todos los ciudadanos, con la finalidad de unificar los

riesgos sociales a los que se enfrentaba cada individuo, motivo por el cual se financiaba por los asegurados, los empleadores y el Estado.

Efectivamente, en 1946, esta última ideología se implementó en Francia, al establecer un sistema nacional de seguridad social, elaborado por M. Pierre Laroque, servidor de la seguridad nacional en aquel país, quien al igual que Beveridge conceptualiza a la seguridad social, al definirla como una “política de distribución de rentas que tiende a modificar el reparto que resulta del ciego juego del mecanismo económico de fin de adaptar los recursos de cada individuo y de cada familia a sus necesidades” (Laroque; citado por Bowen, 1992, p. 95).

En el mismo contexto, la OIT enfatizó que la seguridad social debía comprender el seguro social y la asistencia social, dándole reconocimiento al modelo inglés (Rodgers et al., 2009). Por lo que en 1944, en la Declaración de Finlandia, la OIT estableció que la seguridad social debe garantizar ingresos y asistencia médica para los individuos que lo necesiten, aunado a realizar una mayor promoción a escala internacional sobre la misma (OIT, 2009).

Así, la seguridad social siendo indispensable para el desarrollo del ser humano en la sociedad, empezó a tener un gran interés y mayor vínculo en diversos países, llegando al punto de declararlo como derecho fundamental del hombre.

### 2.1.3 La seguridad social como un derecho humano

En 1948, la Asamblea General de la Naciones Unidas mediante la Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgo en el Artículo 22, “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social” (ONU, 1948, párr. 1), debido a que garantiza un mejor nivel de vida a los individuos, como todo derecho humano.

De esta manera, al ser un derecho del hombre que “se refiere a los derechos y libertades básicos que todos los seres humanos deben disfrutar” (Rodgers et al., 2009, p. 42), se entiende que este beneficio debe ser igualitario para toda la sociedad. Por ello, se convierte en un concepto más amplio y la noción de asistencia social se desarticula del concepto de la seguridad social.

Además, la OIT (1952) se dio a la tarea de establecer un Convenio sobre la Seguridad Social (norma mínima), que entró en vigor el 27 de abril de 1955, con el objetivo de

cimentar las disposiciones generales de la seguridad social, las cuales se refieren a la asistencia médica y a las prestaciones monetarias de enfermedad, de desempleo, de vejez, en caso de accidente del trabajo y de enfermedad profesional, familiares, de maternidad, de invalidez y de sobrevivientes.

Es importante resaltar que este convenio carece de universalidad “ya que prácticamente todos los derechos o seguros que comprende se encuentran sujetos a la condición de trabajador, y no de ser humano” (Sánchez, 2012, p. 21).

Más tarde, en 1966, la ONU adoptó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como parte de seguir promoviendo los derechos humanos. Este pacto reconoce a la seguridad social y el seguro social como el “derecho a gozar de la red de servicios de seguridad social en casos de enfermedad, paternidad, viudez, desempleo, invalidez, etcétera, y al mecanismo que hace posible el sostenimiento del sistema, el abono continuo de los patrones sobre una parte del salario de los trabajadores, para que accedan a esas prestaciones” (Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), 2012, p. 12).

Así, la ONU reafirma que la seguridad social se convierte en un derecho humano, debido a que ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas. No obstante, el sentido de la seguridad social que le da en la Declaración Universal de los Derechos Humanos difiere del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ya que el primero la declara como un derecho dirigido a toda la población, mientras que el segundo menciona que es un derecho del trabajador asalariado. Aunque existe esta discrepancia, la seguridad social es un derecho humano que la sociedad debe atender según las necesidades.

La inclusión de la seguridad social en varios instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, así como en la legislación nacional, también representa un reconocimiento de que la seguridad social es una necesidad humana. Se reconoce que unos sistemas nacionales de seguridad social eficaces son instrumentos poderosos para proporcionar seguridad de los ingresos, prevenir y reducir la pobreza y la desigualdad y promover la inclusión social y la dignidad. La seguridad social es, además, una necesidad económica. Si se concibe adecuadamente y se vincula a otras políticas, promueve la productividad y la empleabilidad y apoya el desarrollo económico. En épocas de crisis, actúa como estabilizador económico y social, y contribuye a mitigar el impacto económico y social de las recesiones económicas, aumentando la capacidad de recuperación y

logrando una recuperación más rápida hacia un crecimiento incluyente (OIT, 2011, p. 6).

En efecto, Robert Castel, un importante sociólogo francés, concuerda en que “La inseguridad social no sólo mantiene viva la pobreza. Actúa como un principio de desmoralización, de disociación social, a la manera de un virus que impregna la vida cotidiana, disuelve los lazos sociales y socava las estructuras psíquicas de los individuos” (Castel, 2006, p. 40).

Así, la seguridad social es indudablemente un aspecto fundamental en la vida del hombre, principalmente por ser un medio que le garantiza una mejor calidad de vida, puesto que los demás factores como el ser estabilizador económico y social, los va ajustando el mismo sistema.

Pese a ello, “sólo el 20 por ciento de la población mundial tiene una cobertura adecuada en materia de seguridad social mientras que más de la mitad no dispone de ninguna forma de protección social” (OIT, 2003, p. 1), lo cual es alarmante, debido a que un derecho de esta magnitud tendría que tener más cabida a nivel internacional.

Lo anterior, puede deberse a que el debate de la seguridad social ha perdido importancia, dado que después de promulgarla como un derecho humano, careció de sistemas mejor estructurados para que los efectos económicos, demográficos y sociales que se han desarrollado a lo largo de este tiempo, fueran inquebrantables.

En suma, la seguridad social es un derecho a nivel mundial, que al “estar protegido en esta esfera significa estar a salvo de los imponderables que podrían degradar el status social del individuo” (Castel, 2006, p. 35), razón suficiente para mencionar que “no hay una única manera de ‘hacer’ ni de ‘entender’ a la seguridad social; lo cual explica por qué todavía no puede ser apresada conceptualmente de manera uniforme en el mundo” (Ruiz, 2008, p. 213).

## 2.2 Debate sobre el concepto multidimensional de la seguridad social

Así, la literatura sobre la seguridad social es extensa, donde diversos autores la conciben de diferentes maneras, lo que ha conllevado a que carezca de un consenso conceptual a nivel mundial. Por ende, enseguida se exponen diversas posturas sobre la definición



de la seguridad social, con la finalidad de converger a una idea central que ayude a cumplir los objetivos de la presente investigación.

En el marco internacional, la seguridad social se puede definir como:

Un sistema general y homogéneo de prestaciones, de derecho público y supervisión estatal, que tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, mediante la redistribución de la riqueza nacional, especialmente dirigida a corregir supuestos de infortunio (Macías et al., 1993; citado por Suprema Corte de la Justicia de la Nación, 2007, p. 13).

Ciertamente, el concepto de seguridad social que mencionan Macías et al. (1993; citado por Suprema Corte de la Justicia de la Nación, 2007), engloba de manera muy general la perspectiva que se tiene sobre este tema tan fundamental para el desarrollo del ser humano. En primera instancia, señala que es un derecho humano, tal como se estableció en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aunado a que es un medio estatal, por ser financiado por la riqueza nacional, de acuerdo a los ideales establecidos en el Plan Beveridge.

En segunda instancia, Macías et al. (1993; citado por Suprema Corte de la Justicia de la Nación, 2007) indica que este sistema debe asegurar la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales en sucesos infortunios sin puntualizar alguno. Claramente, se deja al libre albedrío los factores de la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales, sumado a falta de especificación en los tipos de riesgos que merecen ser asegurados, razón por la que es una definición muy global.

En el mismo sentido, es importante hacer alusión a una de las organizaciones pioneras sobre la seguridad social, la OIT, dado que a pesar de ser un organismo internacional, la referencia que expresa sobre este tema es más singular a la anterior. La OIT (2003) conceptualiza a la seguridad social como la protección que brinda la sociedad a sus ciudadanos, garantizando la asistencia médica y la seguridad del ingreso, en el momento que el individuo enfrente los casos de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia.

En efecto, se puede observar que la OIT (2003) vincula a la seguridad social en dos vertientes: asistencia médica y seguridad del ingreso, mientras que Macías et al. (1993;

citado por Suprema Corte de la Justicia de la Nación, 2007) engloba más dimensiones, en las que resalta la parte médica.

En el mismo contexto, es importante citar a la AISS, la cual sostiene que la seguridad social es la protección social que asegura “un cierto grado de seguridad de ingresos cuando afrontan las contingencias de la vejez, supervivencia, incapacidad, invalidez, desempleo o educación de los hijos. También puede ofrecer acceso a cuidados médicos curativos o preventivos” (AISS, 2015a, párr. 2).

Es evidente que a pesar de que la creación de la AISS fue influenciada por la OIT, la percepción de la seguridad social es diferente, debido a que la OIT refiere que es un concepto es bidimensional, al señalar dos vertientes que debe proteger: asistencia médica y seguridad del ingreso, mientras que la AISS la conceptualiza de forma unidimensional, basado en la seguridad de ingresos.

Es importante señalar que los riesgos que protege el sistema de seguridad social definido por la OIT y la AISS, concuerdan en la mayoría. No obstante, hay un riesgo diferente que contempla cada una de las organizaciones, la maternidad por parte de la OIT y la educación de los hijos por la AISS. Claramente ambos factores son indispensables para el desarrollo del ser humano. Al día de hoy, la maternidad ha tenido mayor presencia en las coberturas de diversos sistemas de seguridad social, como en los casos de México, Brasil, Bolivia, Canadá, España, Francia, entre otros; dado que aproximadamente 500,000 madres mueren durante la maternidad a nivel mundial, a razón de la limitación financiera que sufren las mujeres para que de forma independiente accedan a la atención médica (International Labour Office, 2010).

Uthoff y Conte-Grand (2011) vinculan a la seguridad social con dos aspectos: seguridad del ingreso y asistencia médica, dado que el primer aspecto reduce la miseria al enfrentarse a una pérdida de ingresos, en caso de incapacidad de trabajar, vejez o pérdida del sostén de familia, mientras que al segundo aspecto sólo le atribuyen la disponibilidad de asistencia médica. Por ello, es claro que Uthoff y Conte-Grand concuerdan con los ideales de la OIT. Sin embargo, priorizan la seguridad de ingreso a la asistencia médica. En contraste, la OIT sí le da mayor peso a la asistencia médica, tanto curativa como preventiva.

En la misma postura de la OIT, se le suma Arce (1972; citado por Ruiz, 2008, p. 216) expresar la siguiente línea:

La seguridad social es el instrumento jurídico y económico que establece el Estado para abolir la necesidad y garantizar a todo ciudadano el derecho a ingreso para vivir y a la salud, a través del reparto equitativo de la renta nacional y por medio de prestaciones del seguro social, al que contribuyen los patronos, los obreros y el Estado - o alguno de éstos -, como subsidios, pensiones y atención facultativa, y de servicios sociales, que otorgan de los impuestos las dependencias de aquél, quedando amparados contra los riesgos profesionales y sociales, principalmente de las contingencias de la falta o insuficiencia de ganancia para su sostenimiento y el de su familia.

En esencia, Arce (1972; citado por Ruiz, 2008) conceptualiza a la seguridad social como un medio estatal que garantice ingreso económico y salud a todos los individuos. Sin embargo, enfatiza en que debe amparar principalmente la falta o la insuficiencia de ingresos en los hogares, aparte de los riesgos profesionales y sociales, razón por la cual se entiende que ante la salud, primero esta respaldar a todos los individuos mediante un ingreso económico.

Así, estos criterios sobre la seguridad social se centran en brindar seguridad económica y asistencia médica, principalmente se enfocan en garantizar ingresos con el fin de que el individuo pueda gozar del bienestar en casos de invalidez, incapacidad, vejez, enfermedad, entre otros. Esto se vincula a la primera noción de seguridad social que instauró Bismarck, donde su principal objetivo era asegurar a los individuos de manera económica, salvo el seguro de enfermedad que tenía en parte prestaciones médicas.

De hecho, García (citado por Álvarez, 1971, p. 23) puntualiza en que la seguridad social tiene la finalidad de asegurar “a toda la población una vida mejor, con ingresos y medios económicos suficientes para una subsistencia decorosa, libre de miseria, temor, enfermedad, ignorancia y desocupación”. Evidentemente, dimensiona a la seguridad social en un único aspecto: seguridad de ingreso, tal como lo concibe la AISS, empero a diferencia de la AISS, García (citado por Álvarez, 1971) señala que con ello, el ser humano puede solventar la enfermedad, reducir la miseria, la desocupación y la ignorancia que se traduce a educación como lo menciona la AISS.

En general, se puede decir que actualmente la seguridad social se rige por dos pilares: seguridad de ingreso y asistencia médica. No obstante, se esperarí que este tema tan

importante tuviera un mayor número de aspectos asegurados, dado que esto se ha concebido desde finales del siglo XIX.

Ciertamente, existen otros autores que mencionan que la seguridad social debe brindar más aspectos, no simplemente la salud y el ingreso, empero como menciona González (2003, p. 17), “el insuficiente desarrollo económico, la contracción de la población económicamente activa y el crecimiento en la expectativa de vida” son factores que han mermado el crecimiento de este tema tan trascendental para estos tiempos, principalmente en los países en vías de desarrollo.

González (2003) conceptualiza a la seguridad social como una herramienta que permite proteger a los individuos en cuestión a la salud, el trabajo, la vivienda y la vejez digna. En primer instancia se observa la salud y el trabajo, que como anteriormente se mencionó se conciben como bases de cualquier sistema de seguridad social, entendiéndose que el trabajo es parte de un ingreso económico. En segunda instancia, es destacable la vivienda, por ser una propuesta diferente. En última instancia, la vejez digna que es parte de la inclusión social.

Del mismo modo, Ruiz (2006) refiere que un sistema de seguridad social que se respete debe estar conformado por salud, prestaciones sociales y pensiones. Así bien, desde la perspectiva de la investigación, ambos autores concuerdan en que la seguridad debe estar vinculada al brindar salud, trabajo y vivienda como parte de las prestaciones sociales y vejez digna que se traduce en pensiones.

Otra perspectiva sobre el concepto de seguridad social, que contrasta en demasía con las ya transcritas, es la que refiere Alonso (2012), al mencionar que la seguridad social contiene dos criterios: seguridad social básica y seguridad social contingente, la primera se refiere “a la carencia que pueden tener las personas para acceder a los recursos mínimos para satisfacer sus necesidades primarias, como son la vivienda, la alimentación, la educación y el vestido” (Alonso, 2012, p. 46); la segunda representa la exposición a riesgos personales, como la pérdida de la vida, la invalidez y la enfermedad, entre otras.

Claramente, es un concepto más amplio que los anteriores puesto que le atribuyen a la seguridad social más necesidades que no precisamente son causa de lo fortuito, donde

se destacan los aspectos de alimentación y vestido. Estas nuevas dimensiones dan un salto importante en el concepto de seguridad social, dado que engloba básicamente todas las necesidades humanas.

No obstante, es importante reconocer que los elementos de la seguridad social básica, parten del acceso a recursos mínimos, entendiéndose como ingreso económico, lo cual no está fuera de los conceptos que anteriormente se expresaron por diversos autores.

En el mismo sentido, González (1952; citado por Álvarez, 1971, p. 22) concibe que parte de este derecho humano, es liberar al hombre de la angustia que le causa la necesidad, con base en lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a un nivel adecuado que asegure a él y a su familia, la salud, el bienestar, alimentación, vestido, casa, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene derecho a los seguros en caso de desempleo, cesantía invalidez, viudez, vejez o pérdida de los medios de subsistencia.

Se puede observar que a diferencia de Alonso (2012), González (1952; citado por Álvarez, 1971) no puntualiza sobre algún medio que garantice todos los elementos que señala, únicamente indica que son los elementos que merecen ser protegidos.

En suma, se puede observar que no existe un consenso en la definición de seguridad social, dado que el tema es muy amplio y aborda diversas dimensiones. Por ello se sostiene que la estructura de un sistema de seguridad dependerá de las características demográficas, socioculturales y económicas de cada país, sin dejar a un lado el fin de proteger y preservar el bienestar de los individuos, como lo menciona Sasso, al ser un derecho internacional, “no significa que todos los Estados deban organizar sus Sistemas de Seguridad Social en forma igual, pero tampoco puede significar [...] que cada Estado pueda decidir por sí la intensidad con que incorpora en su práctica política y jurídica el Derecho Internacional de los derechos humanos en materias de Seguridad Social” (Sasso, 2007, p. 64).

De hecho la perspectiva de la seguridad social no solo puede verse multidimensionalmente, sino también es de suma importancia señalar que el concepto de este beneficio es inter-disciplinario, debido a que se puede definir desde varias perspectivas, como: política, sociológica y económica (Álvarez, 1971).

### 2.3 Definición de la seguridad social

En ese contexto, la presente investigación define a la seguridad social como un derecho humano, que engloba múltiples dimensiones con base en dos elementos: salud y seguridad de ingreso, con la finalidad de que se garantice un bienestar y un mejor desarrollo económico y social tanto de los individuos como de la sociedad, de acuerdo con lo que en general se sustenta por las organizaciones y autores citados con anterioridad, principalmente con la OIT que al día de hoy ha sido una institución fundamental para la realización de políticas, actividades, investigación, entre otros medios útiles para el desarrollo de la seguridad social a nivel mundial (Ruiz, 2011).

El primer elemento de la seguridad social se asocia a la seguridad de ingreso, por tres razones. En primera instancia, toda la literatura mencionada acepta que los ingresos económicos son fundamentales en la vida del hombre. En segunda instancia, diversos autores la destacan como la vía más importante de este derecho humano, con el propósito de salvaguardar tanto necesidades básicas como contingentes. En última instancia, la falta de protección económica, aduce la pobreza, un elemento que es factor de exclusión social; por tales motivos, esta investigación retoma esta dimensión.

El segundo elemento elegido fue la salud, por dos aspectos. En primer lugar, la salud es considerada por algunos literatos, tanto a nivel organizacional como individual, como un elemento importante de la seguridad social debido a que su objetivo es procurar el bienestar personal y familiar, así como respaldar más años de fuerza de trabajo y vida. En segundo lugar, según Sánchez (2012), es el tema que ha tenido mayor énfasis en la protección social de México.

En general, estos dos elementos se consideran fundamentales para la mejora de las condiciones de vida del ser humano, claro está que pueden ser más, empero bajo la globalización que al día de hoy se está viviendo, es difícil generar un sistema perfecto donde todo hombre este a salvo de toda necesidad y riesgo.

En esa instancia, se cumple el propósito de identificar de las dimensiones que conforman a la seguridad social, lo cual es sustancial para la presente investigación, dado que de aquí se parte para seleccionar las variables que describirán a estas dos dimensiones. Por lo que en el siguiente capítulo, se instruirá en primer lugar el panorama de seguridad

social tanto en América Latina como en México, e incluso a nivel regional, en segundo lugar se ilustrará el contexto demográfico, económico y social, así como los elementos que se vinculan a la seguridad social, específicamente del Estado de México, dado que es el objeto de estudio.

## **CAPITULO III**

### **3. CONTEXTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

En la vida contemporánea, el alcance de la seguridad social es mundial, debido a que si bien es un derecho humano, también es una necesidad social y económica, donde Uthoff, Conte-Grand, Rodgers, entre otros, han expuesto tanto enfoques teóricos como empíricos, con la finalidad de entender el concepto multidimensional de la seguridad social, así como comprender el contexto real de la misma (International Labour Office, 2010).

Durante los últimos años, en el contexto de la seguridad social se destacan los “cambios significativos en la economía y en el mercado laboral por el proceso de globalización y el surgimiento de nuevas tecnologías” (González, 2003, p. 13). Asimismo, parte de ello, son las crisis financieras de los sistemas de seguridad social, debido a que se financian por medio del ingreso generado por la economía del país, básicamente por la economía formal (International Labour Office, 2010).

En esencia, la economía está marcada por el modelo neoliberal, cuyos principios se vinculan a la apertura económica, la privatización y el reajuste del gasto social, en el que se genera un ente incierto, principalmente en dos circunstancias que involucran a los sistemas de seguridad social (Alonso, 2012).

En primera instancia, el mercado laboral ha sido parte de la constante inseguridad social, debido a que la mayoría de los países cubren sólo a los individuos que gozan de un trabajo formal, y en algunos casos a sus dependientes. A nivel mundial, menos de la mitad de la población trabajadora tiene un empleo formal o asalariado (International Labour Office, 2010), esta cifra ilustra un poco el panorama de la cobertura de seguridad social, debido a que el empleo asalariado no siempre goza de este derecho.

En segunda instancia, el desarrollo de la seguridad social se ha mermado por los problemas financieros que han afectado a las instituciones de la misma, principalmente en los sistemas de pensiones, debido a que en los últimos años el acelerado ritmo de la globalización financiera ha desequilibrado continuamente los mercados financieros (OIT, 2001).



En el mismo sentido, a menudo se señala que el principal problema para financiar los sistemas de pensiones es el envejecimiento de la población, dado que al envejecer rápidamente la sociedad, no se puede contener la dependencia social por parte de la población productiva (OIT, 2001).

Sin embargo, este factor demográfico se ha señalado erróneamente, debido a que “una sociedad que envejece no tiene por qué enfrentar una crisis, siempre y cuando pueda proporcionar trabajo a su población activa que envejece” (OIT, 2001, p. 57). Empero, debido a que esta estrategia social presenta cierta limitación práctica, se han realizado reformas encaminadas a la reestructuración de los sistemas de pensiones con la finalidad de que retomen su rumbo financiero (González, 2003).

En varios países de América Latina han optado por alguna forma de privatización total o parcial en regímenes mixtos. En cambio, en la Unión Europea no se han recurrido a tal opción, si acaso a cuentas individuales privadas a manera de ahorro voluntario y complementario de la jubilación. Por su parte, los países de África, Asia y Oceanía analizados no han contemplado ni la privatización ni la capitalización individual; esta última con la excepción de China, que, además de la pensión básica otorgada por el seguro social, tiene un Sistema de cuentas individuales de pensiones (González, 2003, p. 11).

En suma, se puede decir que tradicionalmente este sistema de pensiones se ha transformado de un sistema de reparto a un sistema de capitalización individual, es decir, anteriormente las pensiones se conformaban por las aportaciones de los trabajadores activos, a lo que actualmente, cada trabajador es el responsable de la acumulación de un fondo de retiro (Alonso, 2012).

En ese contexto, se puede observar que la seguridad social “dista mucho de ofrecer el bienestar al que tiene derecho el ser humano” (González, 2003, p. 17), dado que ha carecido de un entorno que le ayude a establecer sistemas sólidos de acuerdo a las necesidades y oportunidades de cada país.

### 3.1 Situación de la seguridad social en América Latina

En el año 2011, se realizó un estudio con la finalidad de conocer el nivel de desarrollo de la seguridad social para algunos países de América Latina y España, mediante la construcción de un Índice de Desarrollo de la Seguridad Social, basado en la estimación de la brecha entre un indicador de vulnerabilidad y un indicador de capacidad para financiar prestaciones de la seguridad social, combinando una serie de factores

demográficos, del mercado de trabajo y de la capacidad de financiar el gasto público social (Uthoff & Conte-Grand, 2011).

En esa instancia, concluyeron que “el desarrollo de la seguridad social en los últimos años muestra avances en prácticamente todos los países, pero marcados por los rasgos esenciales que experimentaban a comienzos del nuevo siglo” (Uthoff & Conte-Grand, 2011, p. 44). Así bien, los países muestran una gran heterogeneidad, derivada de sus rasgos económicos y demográficos, por lo que es inviable diseñar sistemas de seguridad social únicos.

Al mismo tiempo, mencionan que el desarrollo de la seguridad social puede explicarse por el rezago en las transformaciones demográficas y la dinámica del mercado de trabajo, dado que aún existen países con elevadas tasas de fecundidad, alta informalidad y baja financiación pública, existen otros países que “han ido rompiendo alguna de estas limitaciones, llegando hasta los países más avanzados donde aún persisten resabios de estos factores estructurales que lo alejan de estados de desarrollo más avanzados como España” (Uthoff & Conte-Grand, 2011, p. 44), donde específicamente los dividen de la siguiente forma:

- Grupo avanzado: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay.
- Grupo de avance medio alto: México, Panamá y Venezuela.
- Grupo de avance medio bajo: Colombia, Ecuador, El Salvador y República Dominicana.
- Grupo rezagado: Bolivia, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y Nicaragua.

De esta manera, se puede decir que América Latina es uno de los lugares con mayor desigualdad a nivel mundial que “no solo se manifiesta en términos de ingreso y patrimonio, sino que también se refleja en un dispar acceso a la tierra y a bienes públicos esenciales como la educación, la salud o la seguridad social” (Burchart, 2012, p. 138), generando una inequidad de oportunidades que impiden el desarrollo tanto de los individuos como de cada país de la región.

Durante el siglo XX, uno de los avances socioeconómicos más significativos de Latinoamérica fue sobre seguridad social, dada las iniciativas que tenían ciertos países sobre el establecimiento de sistemas de aseguramiento social. Dentro de los países

pioneros se encuentran: Chile, Uruguay, Argentina y Brasil; en países intermedios, lo constituyen: México, Venezuela, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Perú; y en países tardíos, lo representan las naciones centroamericanas (Ensignia, 1998).

Sin embargo, al día de hoy, la región latinoamericana enfrenta un desarrollo heterogéneo en la seguridad social, a la par de una limitación en los avances sobre este derecho tan fundamental, algunas de las causas han sido los altos índices de pobreza, el incremento del empleo informal, las crisis financieras, las deficiencias burocráticas y el aumento de la esperanza de vida de los habitantes (Ensignia, 1998).

En esencia, el acceso a la seguridad social se ha estrechado por la desigualdad que existe en el mercado laboral, dado que parte de las prestaciones del sector formal es la protección de este derecho, debido a que está basado en un esquema contributivo, excluyendo al sector informal y a los desempleados. Durante el primer decenio del siglo XXI, América Latina presenta estadísticamente que el sector informal constituía 78 por ciento de los trabajadores, donde menos de 20 por ciento eran empleos agrícolas, mientras que los trabajadores en el sector formal apenas integraban 22 por ciento (International Labour Office, 2010).

Actualmente, los sistemas de seguridad social en América Latina “cubren sólo una fracción de la fuerza de trabajo en la región. En promedio, más de la mitad de los trabajadores carecen de dicha cobertura o de otros beneficios para los cuales se requiere del registro previo en el sistema nacional de seguridad social. La mayor parte de la población no está preparada para afrontar riesgos como pobreza a una edad avanzada, desempleo o dificultades de salud” (Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2015).

Así, se observa que en América Latina la cobertura de seguridad social es minoritaria e injusta, puesto que los únicos beneficiarios son los trabajadores en sector formal.

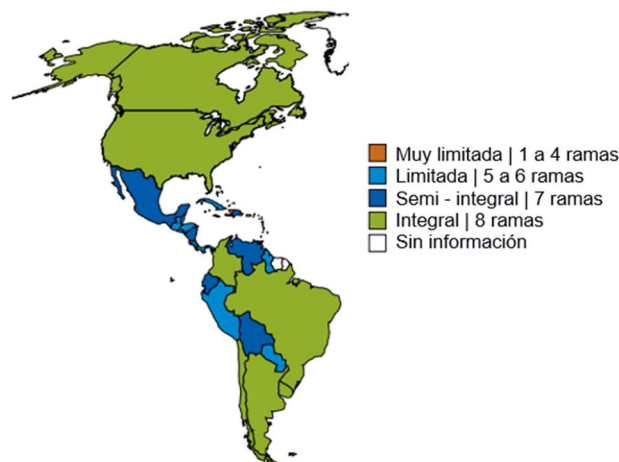
Minoritaria, porque los sistemas de la región ni siquiera cubren a la totalidad de la población económicamente activa. Injusta, debido a que el grueso de la población no protegida de alguna manera hace posible la existencia del seguro social, al cual, contradictoriamente, no tiene acceso por no tener calidad de asalariado. Esta afirmación se basa en la consideración de que los puestos de trabajo existen en la medida que la población consume los bienes y servicios producidos por los asalariados.

Por otra parte, la aplicación del modelo de seguro social obligatorio en América Latina ha tenido y tiene serias deficiencias de carácter administrativo. Asimismo, se constata que ha limitado el desarrollo de la seguridad social, estimula la atipicidad y la informalidad laboral, y de esta manera se dificulta la aplicación de los principios de la seguridad social (Romero, 1999; citado por Ruezga, 2007, p. 540).

En ese contexto, el modelo que planteo Beveridge carece de aplicación, dado que “en América Latina los procesos de universalidad han sido muy lentos. Aún en nuestros días su campo de aplicación resulta muy reducido. Las instituciones especializadas que administran los seguros sociales no han logrado abrirse campo a las modernas ideas de la solidaridad social obligatoria para implantar una verdadera seguridad social” (Ruezga, 2007, p. 543).

Además, existen lagunas en los sistemas de seguridad social (véase esquema 3.1), dado que existe un alcance parcial de la cobertura legal que se estableció en los regímenes de seguridad social a nivel mundial. Los países con una mejor cobertura son Brasil, Uruguay, Argentina y Chile, en tanto que México, Nicaragua, Costa Rica Venezuela, Ecuador y Bolivia están en un nivel intermedio y los que menos ofrecen cobertura son Guatemala, Belice, Salvador, Honduras, Panamá y Perú (International Labour Office, 2010).

Esquema 3.1 Cobertura de seguridad social en América, 2008 – 2009.



Nota: Las nueve ramas de la seguridad social (norma mínima) se agregan a ocho a través de la fusión de las prestaciones de enfermedad y de salud beneficios. Se supone, además, que los países que tienen las ocho ramas clásicas de la seguridad social en su lugar también han de funcionar los sistemas de asistencia social en el lugar.

Fuente: Recuperado de International Labour Office (2010, p. 30).

### 3.2 Condiciones de la seguridad social en México y en el Estado de México

Particularmente, en México, desde hace dos décadas, la seguridad social atraviesa por una profunda crisis, dado que existe una insuficiente cobertura en la gran mayoría de los trabajadores y sus familias. Esto ocasionado por tres principales razones: “la transformación de la fuerza laboral, la falla del sistema para adaptarse a la transformación, y las reformas estructurales de pensiones” (Gómez, 2012, p. 79).

Estadísticamente, “en 2010, 60.7 por ciento de los mexicanos (68.3 millones de personas) carecían de acceso a la seguridad social” (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2012a, p. 16), es decir, aproximadamente 6 de cada 10 mexicanos están excluidos de los sistemas de seguridad social.

Según el CONEVAL, la seguridad social en la sociedad mexicana, se constituye por un sistema contributivo y no contributivo, que se especifican en el siguiente cuadro:

Cuadro 3.1 Estructura del sistema de seguridad social en México.

	<b>Contributivo</b>	<b>No contributivo</b>
<b>Población</b>	Obligatorio para todos los trabajadores con una relación laboral subordinada (trabajo en el sector formal).	Están dirigidos tanto a población económicamente inactiva como a los trabajadores en el sector informal.
<b>Fuente de financiamiento</b>	Aportaciones tripartitas (trabajador, empleador y gobierno).	Impuestos generales u otras fuentes de recursos públicos que no son impuestos laborales a cargo de los beneficiarios de la seguridad social.
<b>Cobertura de riesgos</b>	Cubren múltiples riesgos (salud, vejez, invalidez y vida, riesgos de trabajo y guarderías).	Cubren riesgos específicos en forma separada (por ejemplo, salud o vejez), son voluntarios.
<b>Características</b>	Ofrecen diversos derechos laborales adquiridos con cierto grado de estabilidad en el tiempo.	Son iniciativas de administración o legislaturas particulares que pueden modificarse o cancelarse con relativa facilidad.

Fuente: Elaboración propia con base en el CONEVAL (2012a).

El sistema contributivo fue introducido a inicios de los años de 1940, basado en la Ley del Seguro Social; y el sistema no contributivo, está vinculado a los programas sociales

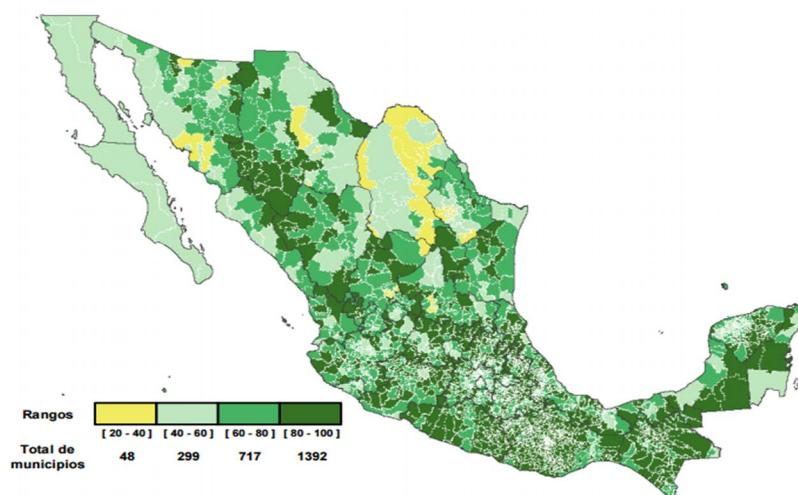
creados en la primera década del siglo XXI, como: el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular), el Seguro Médico para una Nueva Generación, el programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras y el de 70 y más a nivel federal, aunado a programas por gobiernos locales dirigidos a la protección en salud, vejez, cuidado de niños y vivienda.

En ese contexto, se observa que la sociedad mexicana sufre de una gran desigualdad en materia de seguridad social, dado que el sistema no está unificado, al existir instrumentos contributivos y no contributivos, generando un contraste de oportunidades que mejoren el desarrollo del ser humano.

Esta gran inequidad de seguridad social se ha vivido tanto a nivel nacional como estatal, e incluso municipal, debido a la diversidad de rasgos económicos, sociales, geográficos y culturales que presenta cada zona.

Evidentemente, existe una gran heterogeneidad sobre la cobertura de seguridad social. Empero generalizando por regiones, norte presenta alrededor de 50 por ciento de cobertura; centro, oeste y sureste aproximadamente 40 por ciento; este apenas alcanza 30 por ciento; y suroeste tan solo 20 por ciento (CONEVAL, 2011) (véase esquema 3.2).

Esquema 3.2 Porcentaje de la población con carencia por acceso a la seguridad social por municipio. México, 2010.



Nota: La seguridad social se midió por el porcentaje de la población ocupada (a partir de 16 años) sin servicio médico ni sistema de ahorro para el retiro.

Fuente: Recuperado de CONEVAL (2011).

En lo que respecta a la región centro, una de las entidades que ha estado alrededor del promedio nacional de cobertura sobre seguridad social es el Estado de México, dado que en el año 2009, “de los 14 820 817 habitantes de la entidad, 56 por ciento de la población (8 240 007) tenía algún tipo de afiliación a una institución de salud, dentro de las que se encontraban (en orden descendente), el IMSS, el ISSSTE, los SPSS-SSA<sup>5</sup> y el ISSSTE. Así, estaba sin afiliación a una institución de salud como derechohabiente 44 por ciento de la población” (Ronzón & Montoya, 2013, p. 69).

### 3.3 Características demográficas, económicas y sociales del Estado de México

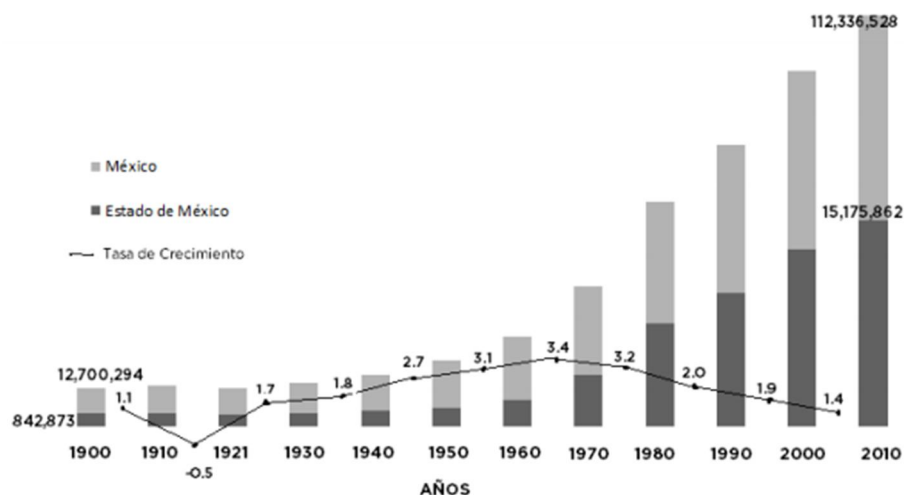
Esto ha sido en parte porque la entidad mexiquense “vivió de manera paralela los cambios estructurales, tanto económicos, políticos y sociales que vivía el resto de la nación” (Ronzón & Montoya, 2013, p. 69), que al mismo tiempo se vincula por ser la entidad con mayor población a nivel nacional.

A partir de los años sesenta, el Estado de México empezó a constituir parte importante de la población del país, así como un crecimiento acelerado de la misma, dado que en ese decenio la entidad creció en 2.04 por ciento, cifra superior a la nacional que correspondió a 1.40 por ciento (González & Baca, 1994). En los años de 1950 a 1970, la población mexiquense tuvo un rápido incremento, desde una tasa anual de 2.7 a 3.4 por ciento. En 1980, estas tasas de crecimiento se fueron desacelerando, pero aún representaban gran parte de la población nacional, en la medida que la población de la entidad mexiquense representaba 11.3 por ciento a nivel nacional, en 1990 significaba 12.7 por ciento de la población del país y en el año 2010 figuraba 13.5 por ciento de la población nacional (véase grafica 3.1).

---

<sup>5</sup> El INEGI concibe dentro del SPSS-SSA a los Sistemas de Protección Social en Salud, Seguro Popular y Seguro Médico para una Nueva Generación (Ronzón & Montoya, 2013, p. 69).

Gráfica 3.1 Población anual del país y del Estado de México, 1900 – 2000.



Fuente: Recuperado de Villegas y Montoya (2014, p.136).

En primer lugar, este suceso se debió a la transición demográfica del Estado de México, que se caracterizó por “la disminución de las tasas de mortalidad general, pero sobre todo la infantil, así como el control y la disminución de la fecundidad” (Villegas & Montoya, 2014, p. 134).

En segundo lugar, por la dinámica migratoria hacia la entidad mexiquense, principalmente por motivos laborales, puesto que se convertía en una “zona de importante actividad productiva, entre las que destacan sobre todo las industriales y de servicios” (González & Baca, 1994, p. 30), generando que el sector agropecuario perdiera importancia, a la par de “un significativo desarrollo económico que implicó la aceleración de la urbanización” (González & Baca, 1994, p. 37),

Esta situación causó diferentes comportamientos de la población en edad productiva, en medio de una drástica disminución de los salarios reales y la inestabilidad laboral, pues los sectores industrial y de servicios no tenían la capacidad de absorber la demanda de empleo de los residentes ni de los inmigrantes que seguían llegando a la entidad, lo que provocó el aumento explosivo del subempleo y del desempleo, así como de las actividades por cuenta propia de pequeña escala y los empleos eventuales (Ronzón & Montoya, 2013, p. 69).

No obstante, el Estado de México logró convertirse en la entidad “con el mercado de trabajo más grande del país” (Sollova, 2009, p. 11), sumado a ser la segunda entidad contribuyente del Producto Interno Bruto (PIB) nacional, de acuerdo a su productividad



en los sectores industrial, servicios y agropecuario (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP), 2002).

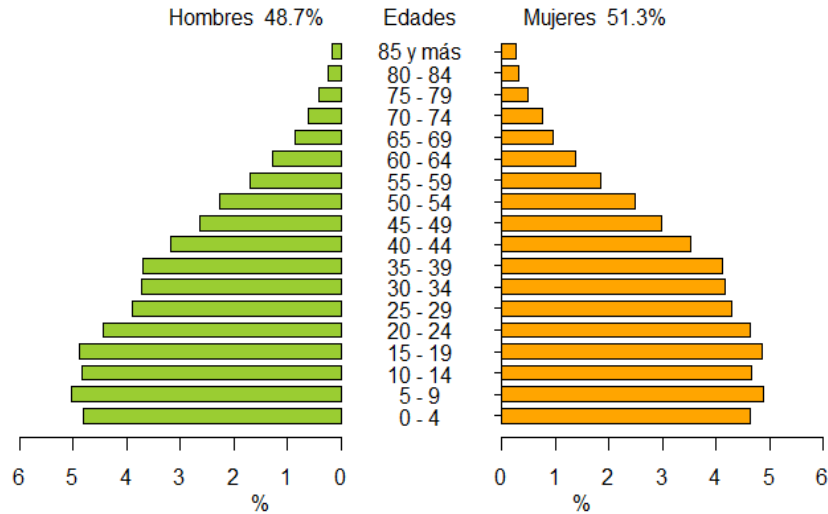
[Empero en la actualidad] las características que reviste la población ocupada que vive y trabaja allí son limitadas. Las personas tienen largas horas de trabajo y perciben remuneraciones excesivamente bajas. Un alto porcentaje de los trabajadores se ubica en las unidades de producción que cuentan con 5 personas como máximo (micronegocios) y donde la mayoría no tiene acceso a las instituciones de salud. De igual manera, una gran parte de los asalariados no tiene un contrato de trabajo escrito (Sollova, 2009, p. 11).

Así, “la carencia monetaria es tan sólo uno de los semblantes de los trabajadores del Estado de México. Existen otras características que obstaculizan el desarrollo económico en la entidad y que también muestran la situación de la estrechez del desarrollo humano de la población” (Sollova, 2009, p. 11), como lo es la falta de cobertura de seguridad social, dado que la entidad mexiquense al ser una población joven, permite “la existencia de una cantidad importante de población en edad productiva” (González, 2012, p. 41), que debe contar con una red de seguridad social que les brinde una mejor calidad de vida.

En esa instancia, la presente investigación realiza un contexto demográfico, económico y social del Estado de México, con la finalidad de conocer diversos aspectos de la entidad y realizar un análisis minucioso sobre el sistema de seguridad social, que permitan cumplir con el objetivo de exponer las condiciones de la misma en la entidad mexiquense, principalmente en las dimensiones de la seguridad social que se han sustentado teóricamente en los capítulos anteriores.

En el año 2010, el Estado de México, cuenta con una población de 15 123 304 personas, donde son 48.7 por ciento hombres (7 366 527) y 51.3 por ciento mujeres (7 756 777) (véase gráfica 3.2).

Gráfica 3.2 Pirámide poblacional del Estado de México, 2010.

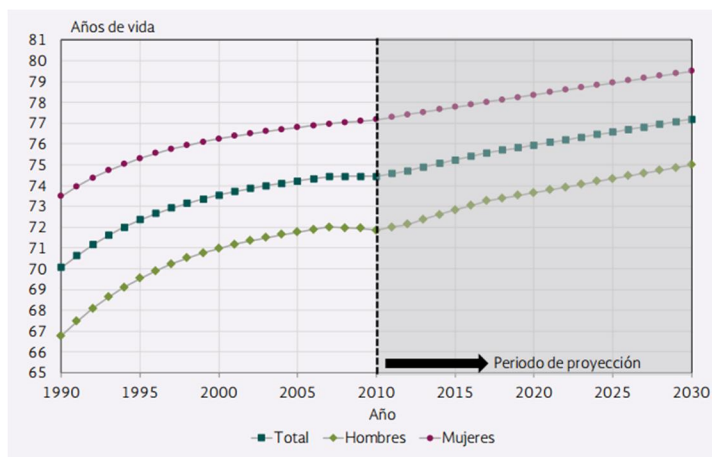


Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

La población mexiquense se caracteriza por ser una entidad joven, al presentar una edad mediana de 25 años. No obstante, en los próximos años la entidad mexiquense se verá envejecida, dado que este grueso de población joven continuará con su ciclo natural, el cual se ha caracterizado por el constante aumento de la esperanza de vida.

En 1990 se alcanzaba en promedio 70 años, en el 2005 se esperaba 74 años de vida, para 2010 se registra 74.5 años, y consecutivamente se concibe que seguirá en aumento, dadas las proyecciones que se han realizado, para el año 2020 se calcula una edad de 76 años y en 2030 se proyectan 77 años de vida. Es notable señalar que ante este promedio, la edad entre hombre y mujer dista alrededor de 5 años, en el que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor (véase gráfica 3.3).

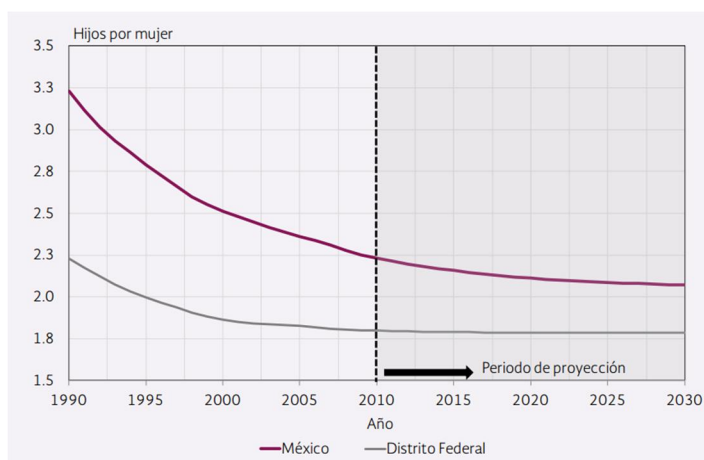
Gráfica 3.3 Esperanza de vida al nacer por sexo, Estado de México, 1990 – 2030.



Fuente: Recuperado de Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2014, p.18).

Así, como diversos autores lo han manifestado, la pirámide poblacional se invertirá, dado que a la par de los años han disminuido las tasas de fecundidad. En 1990 se registró que cada mujer tenía en promedio 3.3 hijos, para el 2000 el número de hijos disminuyó considerablemente, dado que se esperaban 2.5 hijos por mujer, en 2010 cada mujer tiene en promedio 2.3 hijos, y según las proyecciones, para los años de 2015 a 2030 se espera que en promedio cada mujer tenga alrededor de 2 hijos (véase grafica 3.4).

Gráfica 3.4 Tasa global de fecundidad en el Estado de México, 1990 - 2030.



Fuente: Recuperado de Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2014, p.19).

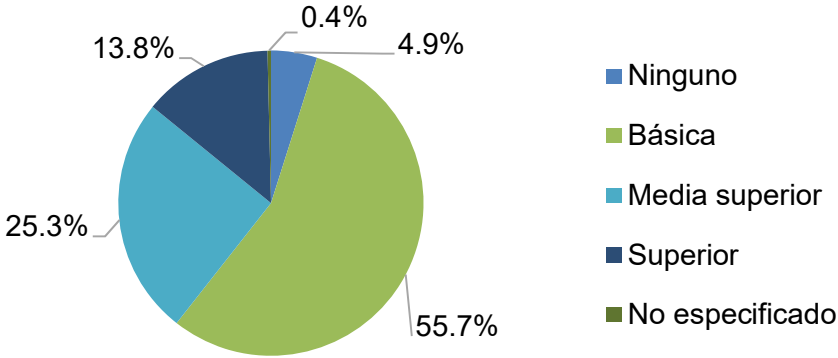
De esta manera, se observa que la población mexiquense necesitará de un entorno económico y social favorable que brinde seguridad social a los individuos, principalmente en ingreso y servicios de salud, debido a que en la edad adulta hay una mayor exposición al riesgo, aunado a que este gran volumen de población joven al llegar a una instancia más larga de vida, se volverá dependiente de las nuevas generaciones que a su vez será más pequeñas.

No obstante, en la actualidad se viven diversos problemas entorno a la seguridad social, primordialmente en la población envejecida del Estado de México, dado que se ha diagnosticado una escasa cobertura, pensiones bajas, desocupación y una desigualdad por sexo (Ronzón & Montoya, 2013).

Por otra parte, un aspecto que refleja parte importante del panorama económico de la entidad mexiquense, es el nivel educativo, dado que representa las competencias de los individuos para incorporarse al mercado laboral.

En el Estado de México, la población presenta una carencia de nivel educativo que impide un mejor desarrollo del mercado laboral y en consecuencia el económico, dado que de cada 100 personas de 15 años y más, 56 tienen una educación básica, en tanto que 25 personas cuentan con educación media superior y solo 14 cursaron un grado superior (véase gráfica 3.5).

Gráfica 3.5 Nivel educativo en la población de 15 años y más, Estado de México, 2010.



Nota: Los niveles educativos fueron agrupados por básica (preescolar, primaria y secundaria), media superior (preparatoria o bachillerato, normal, estudios técnico o comerciales) y superior (normal de licenciatura, licenciatura o profesional, maestría, doctorado).

Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Esto refleja que existe una limitación de oportunidades para que los individuos mexiquenses puedan desarrollarse mejor laboralmente, principalmente para encontrar un buen trabajo remunerado y en algunos casos un mayor número de prestaciones laborales, como servicios de salud, ahorro para el retiro, aguinaldo, entre otros.

De hecho, si estos aspectos se perciben de manera conjunta se encuentra con la parte medular de la investigación: el sistema de seguridad social, en la instancia en que lo anterior permite preservar el bienestar de los ciudadanos mexiquenses.

Continuando en el contexto económico, otro aspecto que se vincula, es la composición de la población económicamente activa, dado que indica la dinámica productiva de la población, en donde se presenta que únicamente 57.5 por ciento de las personas de 15 años y más participan en las actividades económicas, así bien, se presenta una cifra considerable de dependencia, puesto que de cada 100 personas 58 son productivas (véase cuadro 3.2).

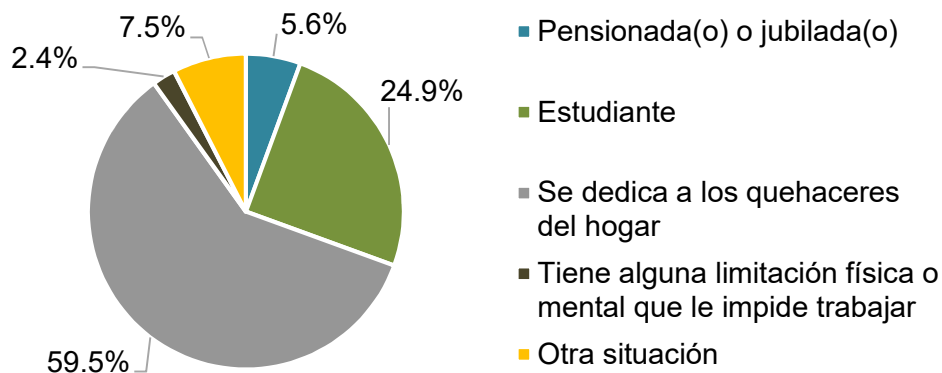
Cuadro 3.2 Condición de actividad económica en la población de 15 años y más, Estado de México, 2010.

<b>Económicamente activa:</b>	57.5%
Ocupada:	95.0%
Desocupada:	5.0%
<b>No económicamente activa:</b>	42.0%
<b>Condición de actividad no especificada:</b>	0.5%

Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

De esa forma, 42 por ciento corresponde a la población no económicamente activa, en la que 59.5 por ciento se dedica a los quehaceres del hogar, 24.9 por ciento son estudiantes y 15.5 por ciento lo comprenden los pensionados o jubilados, las personas que tienen alguna limitación física o mental que les impide trabajar, y las personas que tienen otra situación (véase gráfica 3.6).

Gráfica 3.6 Población de 15 años y más no económicamente activa, Estado de México, 2010.



Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Dentro de la población económicamente activa, se encuentra la población ocupada (95.0 por ciento) y desocupada (5.0 por ciento), la primera representa un gran porcentaje debido a que se contabilizan a las personas que tienen trabajo, con o sin remuneración, o se encuentra en una actividad económica, en tanto que la segunda son personas que están excluidas de estas situaciones.

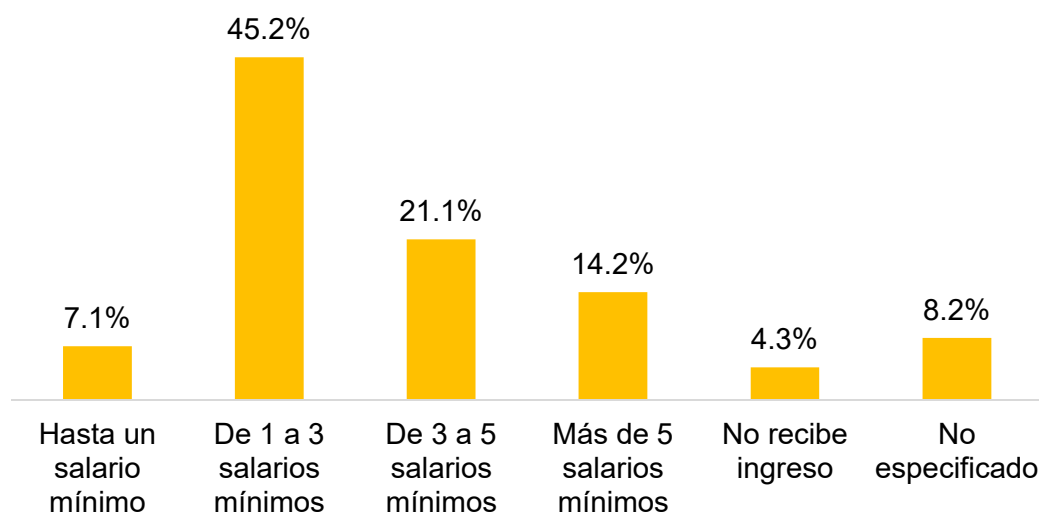
En ese contexto, no solo se percibe una falta de trabajo o actividad económica para las personas mexiquenses que están en calidad y disposición de hacerlo, también se aprecia que en el sector ocupado, específicamente los que gozan de un trabajo, carecen de empleos bien remunerados, e incluso nulo pago, así como de prestaciones laborales, generando una limitación en el desarrollo económico y social de los ciudadanos mexiquenses, como se describe en las siguientes líneas.

En lo que respecta a empleos mal remunerados, el ingreso mensual<sup>6</sup> que recibe la población trabajadora de 15 años y más, registra que 45.2 por ciento percibe de 1 a 3 salarios mínimos, 21.1 por ciento remunera de 3 de 5 salarios mínimos, 14.2 recibe pago de más de 5 salarios mínimos, 7.1 por ciento percibe a lo mucho un salario mínimo y 4.3 por ciento está falto de remuneración. Evidentemente, sobresale que la mayoría de los

<sup>6</sup> El ingreso mensual se calculó con base en el salario mínimo del área geográfica C (Consejo Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI), 2010).

trabajadores mexiquenses carecen de buenas remuneraciones, dado que al percibir de 1 a 3 salarios mínimos apenas satisfacen sus necesidades básicas (véase grafica 3.7).

Gráfica 3.7 Ingreso mensual por trabajo en la población de 15 años y más, Estado de México, 2010.

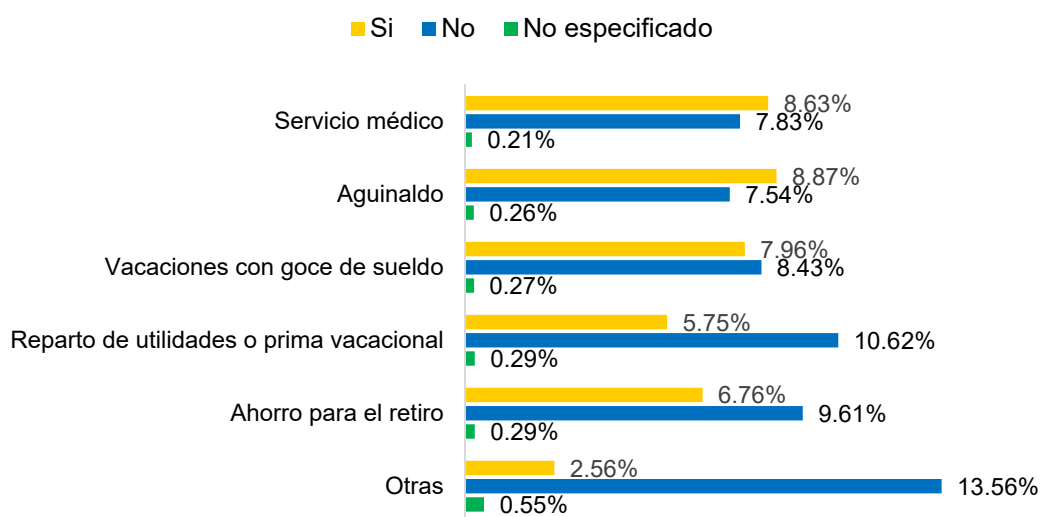


Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Hasta este punto, es importante señalar que el ingreso mensual por trabajo es un elemento que se comprende en la seguridad social, bajo la dimensión de seguridad de ingreso, debido a que es el principal patrimonio de un ser humano para financiar sus necesidades.

Lo anterior permite exponer que en los trabajadores mexiquenses hay un gran hueco en lo que concierne a las prestaciones laborales, dado que son pocos los que gozan de ellas, debido a que de cada 100 trabajadores de 15 años y más, 9 gozan de servicio médico y aguinaldo, 8 perciben sueldo durante vacaciones, 7 tienen un ahorro para el retiro, y 6 reciben prima vacacional (véase gráfica 3.8), por lo que también este hueco condiciona el desarrollo económico y social de los ciudadanos, e incluso el bienestar en el corto y largo plazo.

Gráfica 3.8 Prestaciones laborales en la población de 15 años y más, Estado de México, 2010.



Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

A tal efecto, son parte primordial en un sistema de seguridad social, por lo que se rescatan las prestaciones de vacaciones con goces de sueldo y ahorro para el retiro, que se incorporan en la dimensión de seguridad de ingreso, dado que el primer elemento mencionado es un privilegio, al recibir ingreso sin necesidad de estar trabajando y disfrutando de tiempo libre para realizar actividades que recreen al individuo, en tanto que el segundo elemento es fundamental para financiar un fondo de retiro que permita gozar de bienestar en una edad avanzada, donde los niveles de productividad se deterioran.

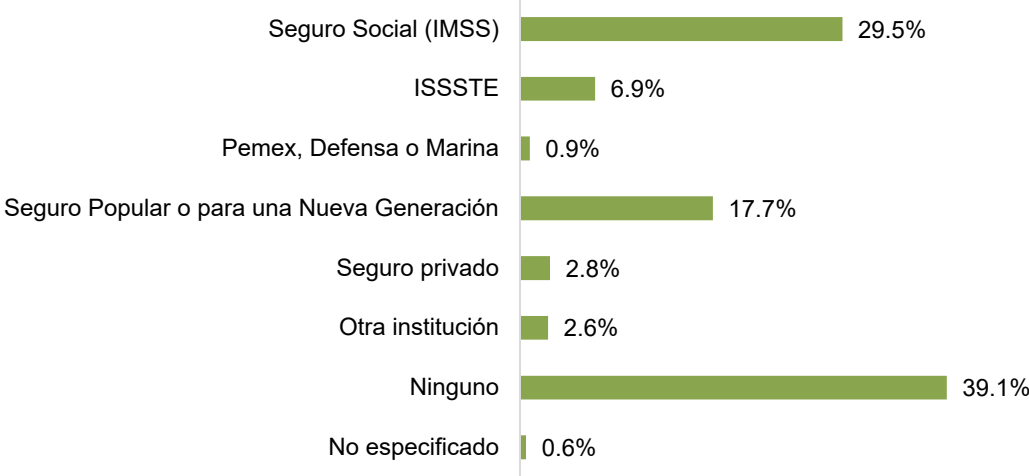
En general, se muestra que las prestaciones tienen poca participación en el mercado laboral, la parte alarmante es el servicio médico, dado que es un beneficio primordial en la vida de los seres humanos, en la instancia en que se contempla en la cobertura de un sistema de seguridad social.

Al mismo tiempo, si los trabajadores carecen de servicio médico, más aun el total de la población (véase gráfica 3.9). La entidad mexiquense registra 42.7 por ciento de cobertura en servicios de salud, mediante las instituciones: seguro social (IMSS), ISSSTE, Pemex, Defensa, Marina, seguro privado u otra institución, en las que los servicios médicos son similares entre cada organización, excepto en el seguro privado,



dado que se caracteriza por cubrir ciertos riesgos, en la medida que se paga una prima para tener derecho a los servicios cubiertos, por lo que únicamente las personas con un ingreso suficiente pueden solventarlo.

Gráfica 3.9 Derechohabiencia a servicios de salud, Estado de México, 2010.



Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Por otro lado, se encuentra 17.7 por ciento de la población mexiquense cubierta por el Seguro Popular (SP), una asistencia médica que se determina por la limitación de servicios que ofrece a sus beneficiarios, dado que retomando los esquemas contributivos y no contributivos sobre seguridad social, esta cobertura forma parte de los sistemas no contributivos, que está dirigida a cubrir ciertos riesgos en personas económicamente inactivas y participantes de la economía informal. Así, 39.1 por ciento están faltos de servicios de salud, una cifra considerable que se merma en la inseguridad social, afectando el bienestar de los individuos.

De esa forma, se observa que pese a que se ha argumentado que la salud es uno de los principales objetivos tanto a nivel nacional como en la entidad mexiquense, no se ha logrado unificar.

Por lo que la derechohabiencia a servicios de salud se convierte en el único elemento para la dimensión de salud que se contiene en la seguridad social, dado que representa a las personas que disfrutan de algún servicio médico en situaciones que arriesguen la vida del ser humano.

Recapitulando, se observa que la entidad mexiquense carece de dos aspectos fundamentales: servicios médicos e ingreso. No obstante, describirlos de forma sencilla limita el análisis de manera completa, en la medida en que contienen a la derechohabiente a servicios de salud, el ingreso mensual por trabajo, las vacaciones con goce de sueldo y el ahorro para el retiro.

En suma, se puede observar que el Estado de México es una entidad joven con diversos factores de productividad, empero con diversas carencias, limitando la generación de una economía más sólida, donde se permita ofrecer seguridad social a toda la población. La importancia de abarcar únicamente a la seguridad social se debe a que es un derecho humano que brinda la oportunidad de elevar el nivel de vida en este mundo tan incierto, tanto de los individuos como de las familias.

De esta manera, se cumple con el objetivo de presentar un panorama general sobre las condiciones demográficas, económicas y sociales que enfrenta el Estado de México, primordialmente los elementos que involucran a la seguridad social. No obstante, al ser un análisis muy universal, no se focalizan los municipios con mayor carencia de este derecho tan fundamental para una vida digna. Por lo que en el siguiente capítulo se dará pie a detallar estos elementos, con la finalidad de poder realizar claramente el índice de seguridad social y permita un mejor análisis.

## **CAPITULO IV**

### **4. SEGURIDAD SOCIAL EN LOS MUNICIPIOS DEL ESTADO DE MÉXICO, 2010**

Actualmente, el Estado de México cuenta con 125 municipios, caracterizados por la diversidad demográfica, económica, social y cultural, empero marcados por la gran carencia en materia de seguridad social entre los habitantes mexiquenses, debido a que constantemente se señala que la población mexiquense “tiene al menos una carencia social, educativa, de salud, de seguridad social, de vivienda, de alimentación y que además tiene un ingreso insuficiente para poder satisfacer sus necesidades” (González; citado por Taniguchi, 2011)

En ese sentido, se puede decir que uno de los aspectos más degradantes en la estructura socioeconómica mexiquense es la inseguridad social, debido a que si presenta escasos recursos para satisfacer sus necesidades básicas, mucho más para enfrentar ciertas contingencias que pudieran afectar su bienestar.

La importancia de este derecho humano radica en dos instancias. En primera instancia, garantiza el bienestar en los seres humanos, así como un mejor desarrollo económico y social, tanto de los individuos como de la sociedad. En segunda instancia, la seguridad social funge como protector en las crisis económicas, ayudando a garantizar la paz social y principalmente un compromiso con la globalización y el desarrollo económico, dado que al día de hoy se transige una continua incertidumbre en el entorno financiero (OIT, 2015b).

Por lo que la seguridad social resulta ser un elemento transcendental en la vida del hombre, pese a los cambios económicos, sociales y demográficos que se pudieran presentar en cualquier sociedad.

#### **4.1 Dimensiones de la seguridad social**

De esa manera, como se mencionó en el capítulo uno, la presente investigación tiene el objetivo de analizar las condiciones de seguridad social en los municipios del Estado de México, en el año 2010.

Inicialmente, se identificaron las dimensiones y las variables que conforman la seguridad social en los municipios del Estado de México. Las dimensiones se centran en salud y

seguridad de ingreso; la primera dimensión se basa en la derechohabiencia a servicios de salud; la segunda dimensión se fundamenta en el ingreso mensual por trabajo, ahorro para el retiro y vacaciones con goce de sueldo.

En ese sentido, con el propósito de conocer el contexto de la seguridad social de la entidad mexiquense a nivel municipal, se presenta un análisis sobre las variables en estudio, realizando una comparación entre el promedio estatal y de los municipios, con la finalidad de observar a los municipios sobresalientes y desfavorables en seguridad social.

#### 4.1.1 Salud

En primer lugar, se muestra la derechohabiencia a servicios de salud, un beneficio que tiene la población por medio del trabajo y/o la familia. Las instituciones que lo brindan son: IMSS; ISSSTE; Pemex, Defensa o Marina; seguro privado y otra institución; en las que los servicios médicos dependen de cada ente.

Es importante mencionar que para la presente investigación, el Seguro Popular (SP) se excluye de la derechohabiencia a servicios de salud, dado que es el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (SNPSS), es decir, es un programa de asistencia social, su principal objetivo es “brindar protección financiera a todos los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias y los ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social” (SSA, 2003, párr. 1).

De una forma más puntual se puede decir que la diferencia entre la derechohabiencia a servicios de salud y el seguro popular, se debe a que la primera se basa en el modelo de Bismark, en el que el derecho se otorga exclusivamente a los trabajadores y a sus familias, en tanto que la segunda se enfoca a un plan solidario y universal, en este caso a todos los mexicanos desprotegidos, así bien, una noción enfocada al plan Beveridge.

Por lo que el financiamiento del SP es por medio de las contribuciones fiscales de los gobiernos federales y estatales, aunado a una prima que pagan los afiliados, dependiente de su situación socioeconómica<sup>7</sup>. Además, los servicios que ofrece este seguro son muy

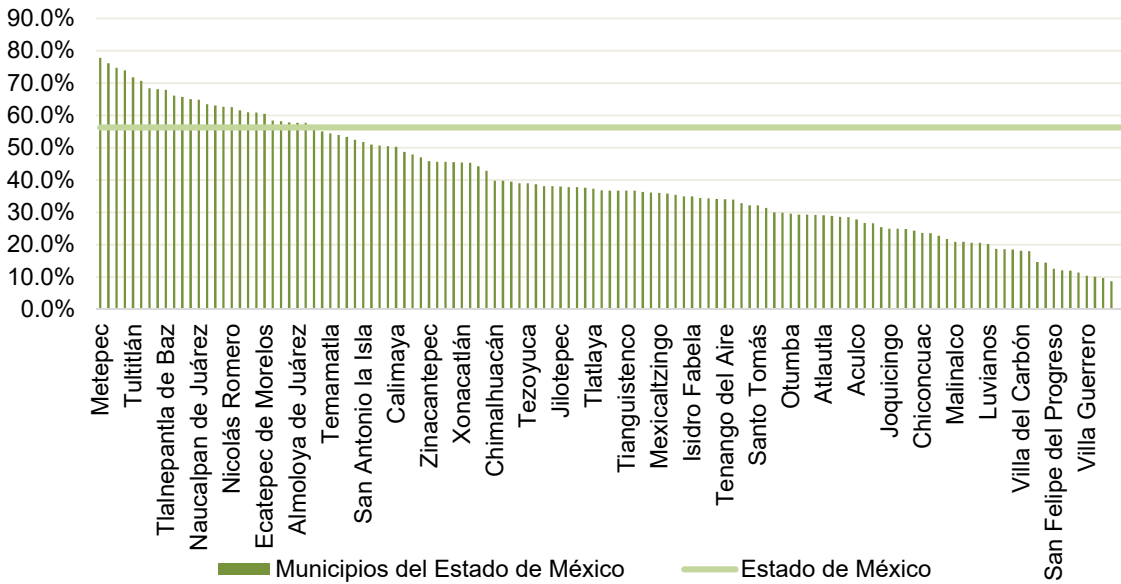
---

<sup>7</sup> La situación socioeconómica se basa en las condiciones en las que vive el ciudadano, no mediante el ingreso que percibe, mediante un cuestionario que se les aplica, llamado Cedula de Características Socioeconómicas del Hogar (CECASOEH), el que permitirá ubicar al individuo en un estrato, y dependiendo

inferiores a los seguros médicos de las instituciones anteriormente mencionadas, y solo contiene un limitado número de enfermedades de alto costo (Laurell, 2013).

En esa instancia, en la gráfica 4.1, se presenta el porcentaje de derechohabientes a servicios de salud en cada municipio, contrastándolo con la media del Estado, que apenas representa 56.2 por ciento de la población de 15 a 65 años de edad (véase gráfica 4.1).

Gráfica 4.1 Población de 15 a 65 años derechohabiente a servicios de salud, en los municipios del Estado de México, 2010.



Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Evidentemente, la mayoría de los municipios tiene una grave carencia de este derecho en salud, tres quintas partes de estos están por debajo de 40 por ciento de cobertura, en tanto que solo una quinta parte se encuentra por arriba del promedio estatal, que corresponde a: Metepec, Coacalco de Berriozábal, Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Tultitlán, Chicoloapan, Atizapán de Zaragoza, Huehuetoca, Tlalnepantla de Baz, Tecámac, Toluca, Tlalmanalco, Naucalpan de Juárez, Tepotzotlán, Rayón, Coyotepec, Nicolás Romero, Cocotitlán, Nezahualcóyotl, Ixtapaluca, Ecatepec de Morelos, Jaltenco, Melchor Ocampo, Chapultepec, Almoloya de Juárez y Tultepec. Es importante resaltar sobre estos

a ello pagara o no una cuota familiar anual, que va desde los 2,074.97 pesos hasta los 11,378.86 pesos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), 2015).

municipios, que aunque su porcentaje no es muy superior al promedio estatal, la mayoría si está por arriba de 60 por ciento. Además únicamente se expresa a los derechohabientes a servicio de salud, excluyendo al seguro popular.

De esa manera, se vislumbra la gran heterogeneidad que existe entre los municipios en materia de servicios de salud, de forma muy contrastante se observa que Metepec cuenta con 77.9 por ciento de derechohabientes, en tanto que Zumpahuacán con apenas 7.0 por ciento de cobertura. Así la gran polarización que existe en este derecho humano que se presume tener gran presencia en las políticas de salud en el estado mexiquense. Por lo que se concibe la idea de que el gobierno federal y el estatal deben prestar atención en reducir esta enorme brecha de atención médica entre los municipios, dado que impacta en el incremento de la desigualdad y la polarización en seguridad social.

#### 4.1.2 Seguridad de ingreso

En segundo lugar, se presenta el ingreso mensual por trabajo, una variante que depende de la ocupación de cada persona. No obstante, con la finalidad de exponer la situación de las personas de acuerdo a su percepción económica, se toma como base dos líneas de ingreso, calculadas al mes de junio del 2010 y diseñadas por el CONEVAL (2015):

- Línea de bienestar mínimo: consiste en el valor mensual de la canasta alimentaria<sup>8</sup> por persona, que equivale a un ingreso de 970 pesos.
- Línea de bienestar: considera el valor mensual de canasta alimentaria y canasta no alimentaria<sup>9</sup> por persona, correspondiente a un ingreso de 2107 pesos.

Estas dos líneas de bienestar son muy criticadas, dado que contienen una medición muy laxa, es decir, maneja estándares mínimos, lo que puede llegar a subestimar el nivel de bienestar (Enciso, 2013). Sin embargo, se utilizarán como punto de referencia para cuantificar la situación de las personas según su ingreso, debido a que se expresaría a

---

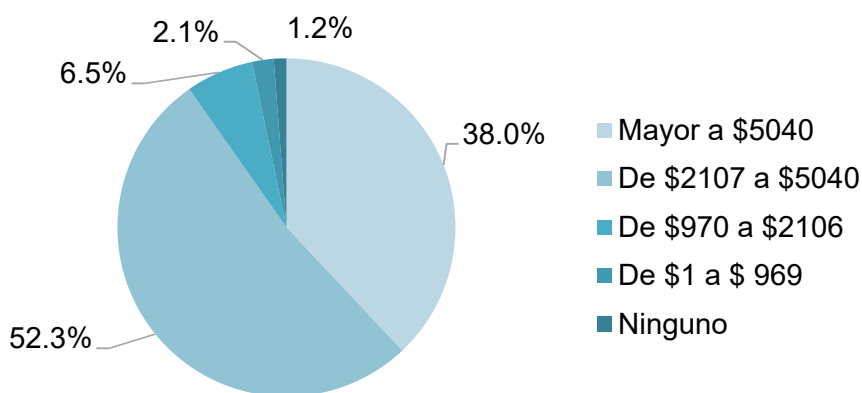
<sup>8</sup> La canasta alimentaria contempla: maíz, trigo, arroz, otros cereales, carne de res y ternera, carne de res y ternera, carne de cerdo, carnes procesadas, carne de pollo, pescados frescos, leche, quesos, otros derivados de la leche, huevos, aceites, tubérculos crudos o frescos, verduras y legumbres frescas, leguminosas, frutas frescas, azúcar y mieles, alimentos preparados para consumir en casa, bebidas no alcohólicas y otros alimentos preparados para consumir en casa (CONEVAL, 2015).

<sup>9</sup> La canasta no alimentaria contempla: transporte público, limpieza y cuidados de la casa, cuidados personales, educación, cultura y recreación, comunicaciones y servicios para vehículos, vivienda y servicios de conservación, prendas de vestir, calzado y accesorios, cristalería, blancos y utensilios domésticos, cuidados de la salud, enseres domésticos y mantenimiento de la vivienda, artículos de esparcimiento y otros gastos (CONEVAL, 2015).

una persona en estado de bienestar mínimo con un ingreso de 970 a 2106 pesos, y en situación de bienestar con más de 2107 pesos.

En ese sentido, es primordial mencionar la estructura del ingreso por trabajo a nivel estatal, dado que permite introducir la población que goza de una línea de bienestar a nivel municipal (véase gráfica 4.2).

Gráfica 4.2 Ingreso mensual por trabajo en la población de 15 a 65 años, en el Estado de México, 2010.



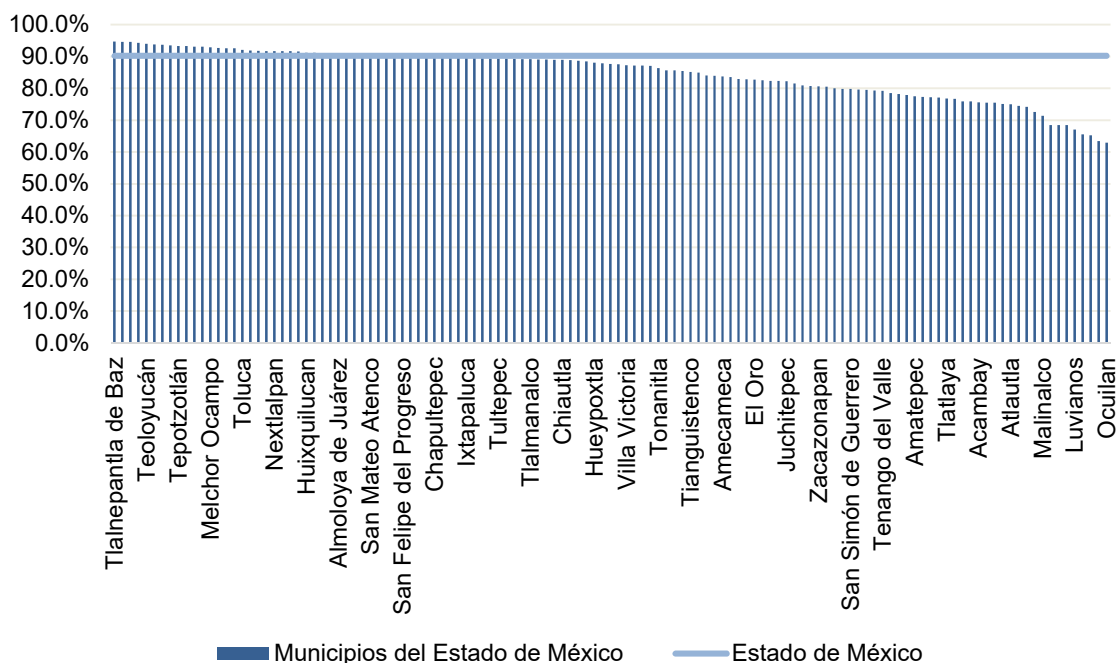
Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Claramente se observa que 90.2 por ciento de la población mexiquense percibe un ingreso mayor a 2107 pesos, alcanzando la línea de bienestar, empero la mayor parte de esta cifra lo concentran con 52.3 por ciento, las personas que efectivamente perciben más de 2107 pesos, empero menor a 5040 pesos que equivaldría a tres salarios mínimos, es decir, apenas si alcanzan un nivel considerado de bienestar. Así, 6.5 por ciento gana entre 906 y 2106 pesos, que equivaldría aproximadamente a un salario mínimo, garantizando con ello apenas la línea de bienestar mínimo, respondiendo únicamente las necesidades básicas de alimentación, mientras que 2.1 por ciento ni siquiera puede solventar el alimento diario, y por ultimo 1.2 por ciento es falto de remuneración, insatisfaciendo las necesidades básicas.

En ese contexto, en la gráfica 4.3, se presenta a nivel municipal, los porcentajes de población que alcanza una línea de bienestar de acuerdo a su ingreso, en los que casi cuatro quintas partes de los municipios tienen más de un 80 por ciento de población con esa característica. Sin embargo, como se señaló en el párrafo anterior, en este porcentaje

se contiene una gran parte de población que percibe apenas si para sus necesidades básicas, ya que la mayoría concentra un ingreso entre 2107 y 5040 pesos.

Gráfica 4.3 Población de 15 a 65 años que goza de una línea de bienestar, en los municipios del Estado de México, 2010.



Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Si se presentan los municipios que concentran un mayor o igual porcentaje de población con una línea de bienestar, respecto al promedio estatal que es de 90.2 por ciento. Los municipios más estables en este sentido son: Tlalnepantla de Baz, Cuautitlán, Metepec, Rayón, Teoloyucán, Huehuetoca, Tecámac, Naucalpan de Juárez, Tepotzotlán, Cuautitlán Izcalli, Coacalco de Berriozábal, Jilotzingo, Melchor Ocampo, Jaltenco, Nicolás Romero, Ocoyoacac, Toluca, Nezahualcóyotl, Atizapán de Zaragoza, Acolman, Nextlalpan, Chicoloapan, Calimaya, Lerma, Huixquilucan, Mexicaltzingo, Xonacatlán, Coyotepec, Almoloya de Juárez, Zumpango, Ecatepec de Morelos, Oztolotepec, San Mateo Atenco, San Antonio la Isla, Temascalapa, Tepetlaoxtoc, San Felipe del Progreso, Aculco, Tultitlán, Chalco y Chapultepec.

De esta manera, se expone la gran inequidad de ingreso que existe entre los habitantes mexiquenses, desde los que no perciben ingreso por su trabajo, hasta los que tienen una remuneración mayor a tres salarios mínimos, por no mencionar una cifra mayor. De



hecho, es importante señalar a los municipios que tienen un mayor porcentaje de población con nula remuneración por su trabajo, debido a que conlleva una limitación del desarrollo en materia de seguridad social tanto de los individuos como del municipio. En los que destaca claramente Sultepec, San José del Rincón y Zacualpan, con porcentajes mayores a 10 por ciento de la población de 15 a 65 años, que tiene algún trabajo pero no reciben ingreso (véase cuadro 4.1).

Cuadro 4.1 Población de 15 a 65 años con nula remuneración por su trabajo, en los municipios del Estado de México, 2010.

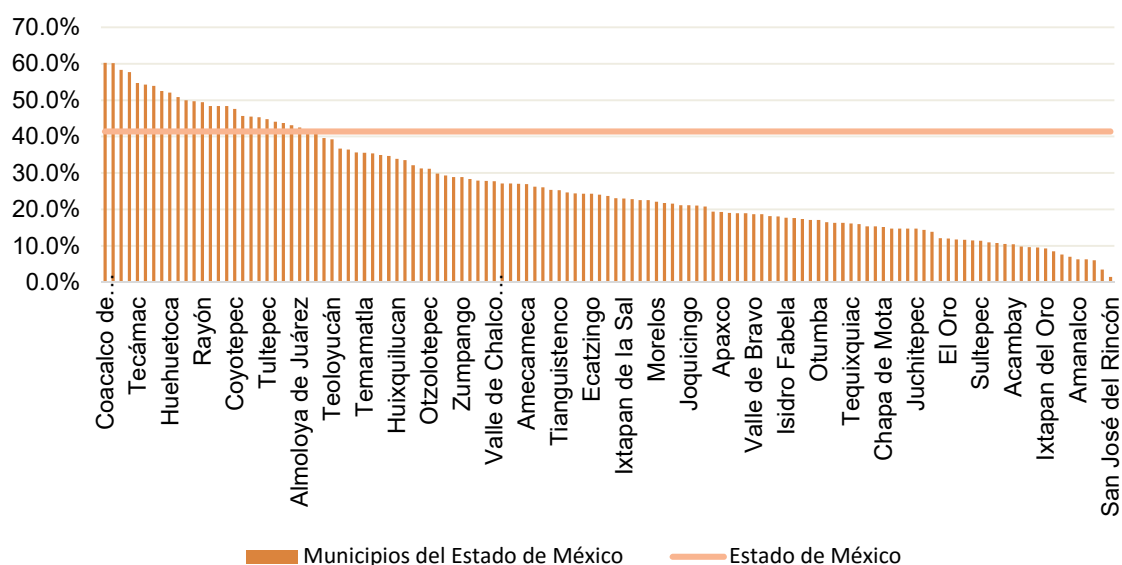
Municipio	Porcentaje
Sultepec	13.4%
San José del Rincón	12.8%
Zacualpan	12.7%
Chiconcuac	9.5%
Soyaniquilpan de Juárez	5.4%
Villa Guerrero y Zumpahuacán	5.3%

Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

En tercer lugar, se expone el ahorro para el retiro, una prestación laboral que se registra según la posición en el trabajo, debido a que contempla un sistema de ahorro para el retiro (SAR) y una administradora de fondos para el retiro (AFORE). Esta prestación laboral es sustancial para que en el momento que los individuos se retiren del mercado laboral, tengan garantizado una seguridad de ingreso, debido a que en la edad adulta mayor, la productividad es menor y las necesidades aumentan, principalmente por el estado de salud.

En esa instancia, se muestra en la gráfica 4.4, la población mexiquense de 15 a 65 años de edad que gozan de un ahorro para el retiro en cada municipio, con la finalidad de observar a grandes rasgos los municipios con mayor porcentaje de individuos que disfrutaran de un bienestar económico a largo plazo. A nivel estatal, se presenta un promedio sumamente bajo, dado que se encuentra en 41.4, por lo que es evidente que la mayoría de los municipios están por debajo de esta media.

Gráfica 4.4 Población de 15 a 65 años, con prestación laboral: ahorro para el retiro, en los municipios del Estado de México, 2010.



Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Claramente se distingue que existe una considerable falta de ahorro para el retiro en la población mexiquense. Los únicos municipios que tienen un mayor o igual porcentaje de cobertura en esta prestación laboral, respecto al promedio estatal, son: Coacalco de Berriozábal, Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Tlalnepantla de Baz, Tecámac, Metepec, Chicoloapan, Tultitlán, Huehuetoca, Tlamanalco, Melchor Ocampo, Naucalpan de Juárez, Rayón, Toluca, Atizapán de Zaragoza, Tepotzotlán, Coyotepec, Nezahualcóyotl, Nicolás Romero, Ixtapaluca, Tultepec, Ecatepec de Morelos, Cocotitlán, Jaltenco, Almoloya de Juárez, Ocoyoacac y Chapultepec, que equivale a una quinta parte de los municipios. Es importante señalar que estas municipalidades que se consideran como las mejores posicionadas, coinciden con las diferentes variables que anteriormente se han señalado.

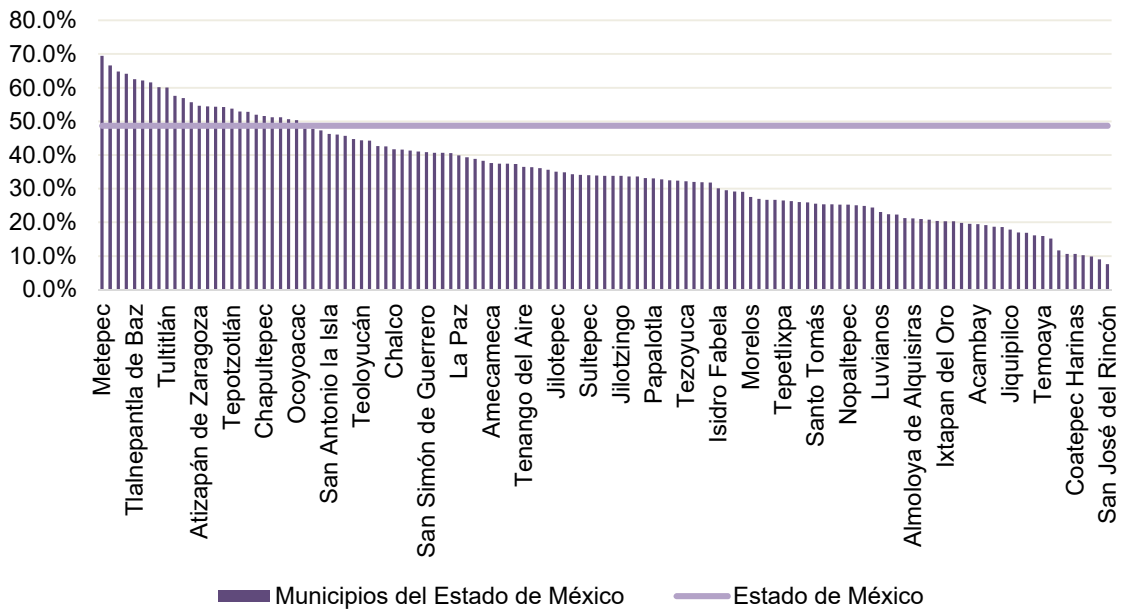
En tanto que en la cuarta quinta parte de los municipios restantes, se destaca que la mitad de estos cuentan con un porcentaje menor a 20 por ciento de la población que tiene ahorro para el retiro, en los que sobresalen Zumpahuacán con apenas 3.4 por ciento y San José del Rincón con un escaso 1.5 por ciento. De hecho, estos municipios coinciden con las municipalidades que tienen un mayor porcentaje de trabajadores faltos de remuneración.

Hasta este punto, se continúa expresando la existencia de una gran heterogeneidad en materia de seguridad social entre los municipios mexiquenses, dado que de las variables descritas, no existe alguna que presente uniformidad.

Por último, se presenta las vacaciones con goce de sueldo, que al igual que el ahorro para el retiro es una prestación laboral que brinda una seguridad de ingreso, empero en el corto plazo, así bien, es una beneficio que permite disfrutar de un ingreso, mientras el trabajador goza de la recreación y el descanso por un determinado tiempo, permitiendo que el individuo pueda tener una mejor calidad de vida.

Indiscutiblemente, esta prestación laboral carece de presencia en los habitantes mexiquenses de 15 a 65 años de edad. En primer lugar, al analizar el promedio estatal de personas que tienen vacaciones con goce de sueldo es relativamente bajo, debido a que solo 48.7 por ciento de la población disfruta de ello. En segundo lugar, únicamente una quinta parte de los municipios tiene un mayor o igual porcentaje al promedio estatal (Meteppec, Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Coacalco de Berriozábal, Tlalnepantla de Baz, Chicoloapan, Rayón, Tecámac, Tultitlán, Toluca, Naucalpan de Juárez, Huehuetoca, Atizapán de Zaragoza, Nezahualcóyotl, Melchor Ocampo, Tlalmanalco, Tepotzotlán, Coyotepec, Cocotitlán, Nicolás Romero, Chapultepec, Tultepec, Ecatepec de Morelos, Ixtapaluca, Ocoyoacac). Así, la gran la mayoría de los municipios está por debajo del promedio, en la que cerca de una quinta parte cubre a lo mucho 20 por ciento de la población, los municipios menos agraciados de esta prestación laboral son: San José del Rincón (7.6 por ciento), Villa Guerrero (9.0 por ciento) y Zumpahuacán (9.9 por ciento) (véase gráfica 4.5).

Gráfica 4.5 Población de 15 a 65 años, con prestación laboral: vacaciones con goce de sueldo, en los municipios del Estado de México, 2010.



Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

En ese sentido, se observa que la mayoría de los municipios tienen rezagos en las prestaciones laborales, dado que los porcentajes de población que gozan de vacaciones con goce de sueldo, van a la par con los de ahorro para el retiro, debido a que ninguna de estas dos prestaciones tiene un promedio más allá de 50 por ciento.

A grandes rasgos, se observa que el estado mexiquense es una región muy heterogénea en seguridad social, debido a que existe demasiada desigualdad entre los municipios de la entidad respecto a las variables descritas, principalmente en cuanto a ingresos, debido a que la mayoría de los trabajadores apenas si alcanzan una línea de bienestar o en su caso una línea de bienestar mínimo. Asimismo, esta falta de ingreso, causa un difícil acceso a las prestaciones laborales, dado que si no se solventa un ingreso razonable mientras el hombre es productivo, mucho menos cuando es inactivo, que sería en los casos de ahorro para el retiro y vacaciones con goce de sueldo. Por otro lado, la derechohabencia a servicios de salud, también presenta una significativa carencia, debido a que aproximadamente de cada dos personas, una recibe atención médica. Por lo que resulta de primordial atención, para el gobierno estatal, e incluso el gobierno federal, estrechar la gran polarización y heterogeneidad en seguridad social, dado que

su impacto agrava la exclusión social e impide un mejor desarrollo económico en la entidad.

En ese contexto, al analizar las variables que se contemplan en las múltiples dimensiones de la seguridad social, se aprecian ciertos municipios con un alto nivel de este derecho humano, los cuales son: Atizapán de Zaragoza, Chapultepec, Chicoloapan, Coacalco de Berriozábal, Coyotepec, Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Huehuetoca, Metepec, Naucalpan de Juárez, Nezahualcóyotl, Nicolás Romero, Rayón, Tecámac, Tepotzotlán, Tlalnepantla de Baz, Toluca y Tultitlán, en tanto que los municipios más empobrecidos, destacaron: San José del Rincón y Zumpahuacán.

#### 4.2 Descripción del análisis multivariado

No obstante, a grandes rasgos es imposible cuantificar claramente la situación de seguridad social en los municipios, por lo que se continuará con la parte medular de la investigación: realizar un análisis estadístico multidimensional de este derecho humano. En inicio, se ocupará el análisis por componentes principales, con el objetivo de construir un índice de seguridad social en los municipios del Estado de México, continuamente se realizará un análisis de conglomerados, con el propósito de clasificar a los municipios según la carencia de seguridad social. Por lo que en lo sucesivo se presentará en qué consisten estas dos técnicas estadísticas, así como las pruebas que se necesitan para cumplir con los objetivos de la investigación.

##### 4.2.1 Análisis por componentes principales

El objetivo del análisis por componentes principales radica en la reducción de datos, con la finalidad de realizar una mejor interpretación de los mismos, es decir, consiste en representar con pocas dimensiones a datos multivariados (Johnson & Wichern, 2007).

De manera algebraica se traduce en: “dadas  $n$  observaciones de  $p$  variables, se analiza si es posible representar adecuadamente esta información con un número menor de variables construidas como combinaciones lineales de las originales” (Peña, 2002, p. 137).

En general, se trata de explicar la estructura de la correlación de un conjunto de variables con pocas combinaciones lineales (Johnson & Wichern, 2007). De tal manera que de las  $p$  variables correlacionadas se puedan transformar en un conjunto de variables

incorreladas, llamado conjunto de componentes principales. Es importante mencionar que si las variables originales desde un principio están incorreladas, no tiene sentido realizar un análisis de componentes principales (Marín, 2006).

De esta manera, en inicio, es importante corroborar el supuesto que debe existir de una alta correlación entre las variables, por medio de dos pruebas: la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett.

La prueba KMO consiste en comparar la magnitud de los coeficientes de correlación observados con la magnitud de los coeficientes de correlación parcial, en los que se espera que las correlaciones parciales entre las variables sean suficientemente pequeñas para poder utilizar las variables seleccionadas (Cea, 2012).

El estadístico KMO varía entre 0 y 1. Los valores menores a 0.5 indican que no se puede realizar un análisis por componentes principales con las variables elegidas, en cambio si los valores están por arriba, se dice que es viable realizar dicho análisis, es decir, cuánto más cerca de 1 sea el valor de KMO, las variables tienen una mayor correlación (véase cuadro 4.2).

Cuadro 4.2 Valores de la prueba KMO.

Valores	Calidad de los valores
1.00 $\geq$ KMO > 0.90	Excelente
0.90 $\geq$ KMO > 0.80	Bueno
0.80 $\geq$ KMO > 0.70	Aceptable
0.70 $\geq$ KMO > 0.60	Regular
0.60 $\geq$ KMO > 0.50	Malo
KMO $\leq$ 0.50	Inaceptable

Fuente: Elaboración propia con base en Powers y Xie (2000).

La prueba de esfericidad de Barlett, sirve para contrastar la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones es una matriz identidad, en cuyo caso se carecería de correlaciones significativas entre las variables y por ende, sería inviable aplicar análisis por componentes principales, es decir se estaría aceptando la hipótesis nula (véase cuadro 4.3) (Cea, 2012).

Cuadro 4.3 Valores de la prueba de Barlett.

Valor crítico	Conclusión
p – valor < 0.05	Se rechaza la hipótesis nula
p – valor > 0.05	Se acepta la hipótesis nula

Fuente: Elaboración propia.

Así, si estas dos pruebas se satisfacen, se procederá a realizar el análisis por componentes principales, cuyo procedimiento se describe en las siguientes líneas. Es importante aclarar que a pesar de que el análisis de componentes principales no requiere de suponer normalidad multivariada en los datos, es importante realizarlo, dado que de esa forma el análisis es más profundo (Marín, 2006). Por lo que se aplica antes del análisis y después de la obtención de los componentes principales, mediante lo siguiente:

$$z_1 = \frac{x_1 - \mu_1}{\sigma_1}$$

$$z_2 = \frac{x_2 - \mu_2}{\sigma_2}$$

...

$$z_p = \frac{x_p - \mu_p}{\sigma_p}$$

Donde:

$$\mu_1 = \frac{\sum_{i=1}^n x_{1i}}{n}, \mu_2 = \frac{\sum_{i=1}^n x_{2i}}{n}, \dots, \mu_p = \frac{\sum_{i=1}^n x_{pi}}{n}$$

$$\sigma_1^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_{1i} - \mu_1)^2}{n}, \sigma_2^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_{2i} - \mu_2)^2}{n}, \dots, \sigma_p^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_{pi} - \mu_p)^2}{n}$$

Inicialmente, se tiene una serie de variables  $(x_1, x_2, \dots, x_p)$  sobre un grupo de datos, y se trata de calcular, a partir de estos, un nuevo conjunto de variables  $(y_1, y_2, \dots, y_p)$ , incorreladas entre sí, cuyas varianzas vayan decreciendo sucesivamente (Marín, 2006).

En primer lugar, se considera realizar las combinaciones lineales:

$$y_1 = a_1'X = a_{11} x_1 + a_{12} x_2 + \dots + a_{1p} x_p$$

$$y_2 = a_2'X = a_{21} x_1 + a_{22} x_2 + \dots + a_{2p} x_p$$

...

$$y_p = a'_p X = a_{p1} x_1 + a_{p2} x_2 + \dots + a_{pp} x_p$$

ó,

$$Y = \begin{pmatrix} y_1 \\ y_2 \\ \dots \\ y_p \end{pmatrix} = \begin{pmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1p} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2p} \\ \dots & \dots & \dots & \dots \\ a_{p1} & a_{p2} & \dots & a_{pp} \end{pmatrix} \begin{pmatrix} x_1 \\ x_2 \\ \dots \\ x_p \end{pmatrix} = AX$$

Donde,  $a'_i = a_{i1} + a_{i2} + \dots + a_{ip}$  son constantes y  $x_1, x_2, \dots, x_p$  los datos en estudio.

Luego entonces, obtenemos:

$$Var(y_1) = a'_1 \Sigma a_1 \quad i = 1, 2, \dots, p$$

$$Cov(y_i, y_k) = a'_i \Sigma a_k \quad i, k = 1, 2, \dots, p$$

Posteriormente, se da pie al cálculo de los componentes principales, no sin antes recordar que las variaciones de las combinaciones lineales incorreladas, deberán ser lo más grande posibles (Marín, 2006).

El primer componente es una combinación lineal con la máxima varianza, es decir, se requiere que se maximice  $Var(y_1) = a'_1 \Sigma a_1$ , lo cual implica multiplicarla por alguna constante  $a_1$ . Sin embargo, es conveniente restringir al vector de coeficientes a una unidad, para evitar la indeterminación (Johnson & Wichern, 2007). En general, cada componente se construye de la siguiente forma:

Primer componente principal

$$= \text{Combinacion lineal } a'_1 X \text{ que maximice la } Var(a'_1 X) \text{ sujeta a } a'_1 a_1 = 1$$

Segundo componente principal

$$= \text{Combinacion lineal } a'_2 X \text{ que maximice la } Var(a'_2 X) \text{ sujeta a } a'_2 a_2 = 1$$

$$\text{y } Cov(a'_1 X, a'_2 X) = 0$$

...

I – ésimo componente principal

$$= \text{Combinacion lineal } a'_i X \text{ que maximice la } Var(a'_i X) \text{ sujeta a } a'_i a_i = 1$$

$$\text{y } Cov(a'_i X, a'_k X) = 0, \quad k < i$$



Ahora bien, como se desea elegir  $a_1$  que maximice  $Var(y_1) = a_1' \Sigma a_1$  sujeta a  $a_1' a_1 = 1$ , la clásica forma para maximizar una función de varias variables sujeta a restricciones, es el método de los multiplicadores de Lagrange.

De esa manera, tenemos:

$$L(a_1) = a_1' \Sigma a_1 - \lambda (a_1' a_1 - 1)$$

Se busca el máximo, derivando e igualando a cero:

$$\frac{\partial L(a_1)}{\partial a_1} = 2 \Sigma a_1 - 2 \lambda I a_1 = 0$$

$$(\Sigma - \lambda I) a_1 = 0$$

Así, se obtiene un sistema lineal de ecuaciones que habrá de resolverse:

$$|\Sigma - \lambda I| = 0$$

Donde  $\lambda$  son los valores propios<sup>10</sup> de la matriz de correlaciones ( $\Sigma$ ), en la medida que si  $\Sigma$  es una matriz definida positiva<sup>11</sup>, tendrá  $p$  valores propios distintos, tal que  $\lambda_1 \geq \lambda_2 \geq \dots \geq \lambda_p \geq 0$ .

De esa forma, se desarrolla lo siguiente:

$$(\Sigma - \lambda I) a_1 = 0$$

$$\Sigma a_1 - \lambda I a_1 = 0$$

$$\Sigma a_1 = \lambda I a_1$$

Luego entonces:

$$Var(y_1) = Var(a_1' X) = a_1' \Sigma a_1 = a_1' \lambda I a_1 = \lambda a_1' a_1 = \lambda$$

Continuamente, para maximizar  $Var(y_1)$  se toma el mayor valor propio ( $\lambda_1$ ) con su correspondiente vector propio<sup>12</sup> ( $a_1$ ), así obtenemos la primer combinación.

---

<sup>10</sup> Se define a los valores propios (auto valores) de una matriz cuadrada de orden  $n$  ( $A$ ), como las soluciones de la ecuación polinómica  $|\Sigma - \lambda I| = 0$ .

<sup>11</sup> Se dice que es una matriz definida positiva cuando la matriz es diagonal y sus auto valores son positivos.

<sup>12</sup> El vector propio ( $a_1$ ) es un vector que nos da la combinación de las variables originales que tiene mayor varianza, es decir,  $a_1' = a_{11} + a_{12} + \dots + a_{1p}$ .

$$y_1 = a_1'X = a_{11} x_1 + a_{12} x_2 + \dots + a_{1p} x_p$$

El segundo componente, tiene un cálculo parecido al primero, dado que se le agrega el argumento de que el primer y segundo componente deben ser incorrelados, es decir,  $\text{cov}(y_2, y_1) = 0$ .

Por ende,

$$\text{Cov}(y_2, y_1) = \text{Cov}(a_2'X, a_1'X) = a_2' \cdot E[(x - \mu)(x - \mu)'] \cdot a_1 = a_2'\Sigma a_1$$

Así bien, se requiere que  $a_2'\Sigma a_1 = 0$ , y análogamente a lo que se vio en el cálculo del primer componente, se tiene:

$$a_2'\Sigma a_1 = a_2' \lambda a_1 = \lambda a_2' a_1 = 0$$

Esto, equivale a que  $a_2' a_1 = 0$ , lo que demuestra la incorrelación de las variables.

Consecutivamente, se tiene que maximizar  $\text{Var}(y_2) = a_2'\Sigma a_2$  sujeta a  $a_2'a_2 = 1$  y  $a_2'a_1 = 0$ . Por lo que se toma lo siguiente:

$$L(a_2) = a_2'\Sigma a_2 - \lambda (a_2'a_2 - 1) - \delta (a_2'a_1)$$

Se deriva e iguala a cero:

$$\frac{\partial L(a_2)}{\partial a_2} = 2 \Sigma a_2 - 2 \lambda I a_2 - \delta a_1 = 0$$

Multiplicando por  $a_1'$ ,

$$2 a_1' \Sigma a_2 - \delta = 0$$

$$\delta = 2 a_1' \Sigma a_2 = 2 a_2' \Sigma a_1 = 0$$

Finalmente,

$$\frac{\partial L(a_2)}{\partial a_2} = 2 \Sigma a_2 - 2 \lambda I a_2 - \delta a_1 = 2 \Sigma a_2 - 2 \lambda I a_2 = 2(\Sigma - \lambda I) a_2 = 0$$

Análogamente al desarrollo del primer componente, se elige el segundo mayor valor propio ( $\lambda_2$ ) con su correspondiente vector propio ( $a_2$ ), así conseguimos la segunda combinación lineal.

$$y_2 = a_2'X = a_{21} x_1 + a_{22} x_2 + \dots + a_{2p} x_p$$

En consecuencia, de manera similar se obtendrán los subsiguientes componentes principales, hasta el i-ésimo (Marín, 2006).

Finalmente, se selecciona los componentes principales que representaran la mayor información de las variables originales, de acuerdo al porcentaje de varianza total que recoge cada componente principal recogida, como se observa en lo siguiente (Marín, 2006).

$$\frac{\lambda_i}{\sum_{i=1}^p Var(x_i)} = \frac{\lambda_i}{\sum_{i=1}^p \lambda_i}$$

#### 4.2.2 Análisis de conglomerados (Análisis clúster)

El análisis de conglomerados consiste en formar grupos de ciertas observaciones, por medio de características similares, con la finalidad de lograr la máxima heterogeneidad entre los grupos (Dillon & Goldstein, 1941).

Existen dos métodos para poder realizar el agrupamiento (Marín, 2006):

- Método jerárquico: consiste en realizar fusiones o divisiones sucesivas de las observaciones, de tal modo que se efectúe una jerarquía de conglomerados.
  - > Método jerárquico aglomerativo: inicia con que cada observación forma un conglomerado, posteriormente se van uniendo, hasta que al final todos los grupos se constituyen en un solo conglomerado.
  - > Método jerárquico dividido: sigue el sentido inverso, parte de un gran conglomerado y en pasos sucesivos se va dividiendo hasta que cada observación queda en un conglomerado distinto.
- Método no jerárquico o de partición: se basa en la optimización de algún criterio de agrupamiento específico, es decir, permite elegir el número de grupos finales. Además, se usa exclusivamente para el agrupamiento de observaciones, mas no de variables, por lo que se permite trabajar con un mayor número de datos que en el caso del método jerárquico.

Existe una diferencia crucial entre el método jerárquico y no jerárquico, el primer método tiene la característica de que la asignación de una observación a un grupo es irrevocable, es decir, una vez que una observación se une a un grupo, no se fusiona con alguna otra agrupación, en contraste con el segundo método, en el que sí se puede revocar la

asignación de una observación a un grupo, así bien, las observaciones pueden ser reasignadas a otras agrupaciones, en caso que se requiera (Dillon & Goldstein, 1941).

De manera más puntual, se desarrollara el método no jerárquico, debido a que tiene las características para cumplir el objetivo del presente estudio, dadas dos razones, en primer lugar, permite elegir el número de grupos que se desean realizar, y en segundo lugar, es ideal para trabajar con una muestra de datos relativamente grande.

El método no jerárquico consta de diversas técnicas de solución, empero la más habitual es la técnica de K-medias, la cual consiste en asignar a cada observación al grupo que se encuentra más próximo, con base a la media (centroide) (Marín, 2006).

El procedimiento de K-medias inicia con la construcción de los centroides, que dependen del número de conglomerados que se especificaron. Es importante resaltar que existen diversas sugerencias de cómo construir los centroides, en la mayoría de los casos se hace de manera aleatoria y lo más lejano que se pueda entre ellos.

Enseguida, se asignan las observaciones a los conglomerados, con base en la distancia que existe entre los casos y los grupos, para posteriormente ir actualizando las posiciones de los centros de los conglomerados, de acuerdo al valor de la media, en los casos de cada clúster.

Así, estos pasos se repiten hasta que las reasignaciones de las observaciones en cada conglomerado sean suficientemente similares entre el grupo que conforman y heterogéneas con los demás clusters.

Finalmente, el análisis por conglomerados debe ser consistente<sup>13</sup>, así bien, se debe validar la solución, dado que la agrupación está sujeta a la optimización básicamente de la suma de cuadrados (Dillon & Goldstein, 1941).

De esta manera, se describe el análisis por componentes principales y de conglomerados, así como las respectivas pruebas estadísticas. Sin embargo, en la

---

<sup>13</sup> Se utilizan prueba interna y externa, la primera se basa en variables que se utilizaron en el análisis de conglomerados, y la segunda recurre a variables externas, empero que estén vinculadas con las variables internas. Ambas se basan en el mismo criterio, que consiste en agrupar a las observaciones con base a las variables internas o externas, para posteriormente verificar si su asignación correspondió de igual manera con todo el conjunto de variables que se utilizó para el análisis de conglomerados.

presente investigación los cálculos se realizaron con base en el programa R<sup>14</sup>. Por lo que en lo subsecuente, se presentarán los resultados obtenidos de la implementación de estas dos técnicas estadísticas en las dimensiones de la seguridad social en los municipios del Estado de México, en el año 2010.

#### 4.3 Análisis estadístico multidimensional de la seguridad social en los municipios del Estado de México, 2010

El presente estudio utilizó 125 observaciones, que corresponden a los municipios de la entidad mexiquense (véase esquema 4.1), de 4 variables, representadas por el porcentaje de personas de 15 a 65 años de edad, que tienen derechohabencia a servicios de salud, bienestar en términos de ingreso, ahorro para el retiro y vacaciones con goce de sueldo.

Esquema 4.1 Mapa del Estado de México.



Fuente: Recuperado de INEGI (2015).

Posteriormente, se evaluó la utilidad de las variables en cuanto a su correlación, dado que la construcción del índice de seguridad social depende de una fuerte relación entre la información.

Para lograrlo se utilizó la prueba KMO, en la que la medida de ajuste no solo fue aceptable, sino que presentó una buena adecuación de los datos, dado que el estadístico KMO nos muestra un coeficiente de 0.82, indicando que las variables si se pueden utilizar para desarrollar el análisis por componentes principales; y la prueba de Barlett, en la que se logró un valor de significancia de 0.00, se obtuvo como resultado una correlación

---

<sup>14</sup> Es un lenguaje orientado a objetos y destinado al análisis estadístico y la representación de datos. Se trata de software libre que permite su utilización libre y gratuitamente (Del Río & Maurandi, 2014).

significativa entre las variables, es decir, un ajuste perfecto de los datos para el análisis (véase cuadro 4.4).

Cuadro 4.4 Prueba KMO y prueba de Barlett.

<b>Medida de adecuación muestral de Kaiser - Meyer – Olkin</b>		0.82
<b>Prueba de esfericidad de Barlett</b>	Chi – cuadrado	788.65
	Gl	6
	p – value	0.00

Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Una vez aprobada la alta correlación entre las variables, se dio paso a obtener los componentes principales de seguridad social, en los que se expresan los valores propios de cada variable (véase gráfica 4.5). Así como la proporción de la variabilidad total que alcanzó cada uno de los componentes, la cual ayudará a determinar el número de elementos que explicarán las variables (véase gráfica 4.6).

Cuadro 4.5 Componentes principales de seguridad social, en los municipios del Estado de México, 2010.

	<b>CP1</b>	<b>CP2</b>	<b>CP3</b>	<b>CP4</b>
<b>Salud (s)</b>	0.5230	-0.1834	-0.7353	-0.3900
<b>Bienestar (b)</b>	0.4346	0.8952	0.0371	0.0919
<b>Ahorro (a)</b>	0.5210	-0.2331	0.6760	-0.4661
<b>Vacaciones (v)</b>	0.5159	-0.3327	0.0316	0.7888

Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Cuadro 4.6 Varianza de los componentes principales de seguridad social, en los municipios del Estado de México, 2010.

	<b>CP1</b>	<b>CP2</b>	<b>CP3</b>	<b>CP4</b>
<b>Proporción de varianza</b>	0.8790	0.1047	0.0091	0.0072
<b>Proporción de varianza acumulada</b>	0.8790	0.9837	0.9928	1.0000

Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

En esa instancia, se muestra que el primer componente (CP1) representa un 87.9 por ciento de la variabilidad total, indicando una buena representación de la información, por lo que se determina utilizar únicamente este elemento para explicar las dimensiones de la seguridad social, en los municipios del Estado de México, en el año 2010.

De esa manera, se concluye que la implementación del análisis por componentes principales en la seguridad social es aceptable. Por lo que se procedió a obtener el índice de componentes principales para la entidad mexiquense (véase cuadro 4.7), con base en la ecuación del modelo que resultó de los valores propios del CP1.

$$y = 0.5230 s + 0.4346 b + 0.5210 a + 0.5159 v$$

Es importante señalar que el índice de seguridad social en los municipios de la entidad mexiquense permite expresar una jerarquización, dado que entre mayor sea el valor del índice, tiende a representar una baja o mediana carencia de seguridad social, y mientras el valor del índice sea menor, se relaciona a una alta carencia de este derecho humano.

En suma, hasta este punto se cumple con uno de los objetivos medulares de la presente investigación, dado que se logró obtener la construcción del índice de componentes principales de seguridad social en los municipios del Estado de México, en el año 2010.

Cuadro 4.7 Índice de seguridad social en los municipios del Estado de México, 2010.

MUNICIPIO	ÍNDICE	MUNICIPIO	ÍNDICE
Acambay	-1.2243	Ayapango	0.0481
Acolman	0.8832	Calimaya	0.6672
Aculco	-0.0678	Capulhuac	-0.0850
Almoloya de Alquisiras	-1.2771	Chalco	0.6460
Almoloya de Juárez	1.0207	Chapa de Mota	-0.6445
Almoloya del Río	-0.1224	Chapultepec	1.0488
Amanalco	-1.5844	Chiautla	-0.3720
Amatepec	-0.4560	Chicoloapan	1.7397
Amecameca	0.1140	Chiconcuac	-0.9876
Apaxco	-0.2208	Chimalhuacán	0.1053
Atenco	-0.1083	Coacalco de Berriozábal	2.0299
Atizapán	-0.9085	Coatepec Harinas	-1.3581
Atizapán de Zaragoza	1.4567	Cocotitlán	1.1612
Atlacomulco	0.2028	Coyotepec	1.2986
Atlautla	-0.8338	Cuautitlán	2.0973
Axapusco	-0.9512	Cuautitlán Izcalli	1.9759

MUNICIPIO	ÍNDICE	MUNICIPIO	ÍNDICE
Donato Guerra	-1.8838	Nopaltepec	-0.7140
Ecatepec de Morelos	1.1597	Ocoyoacac	1.0416
Ecatzingo	-0.3479	Ocuilan	-1.7052
El Oro	-0.9777	Otumba	-0.5875
Huehuetoca	1.6031	Otzoloapan	-0.9156
Hueypoxtla	-0.6569	Otzolotepec	0.2303
Huixquilucan	0.6495	Ozumba	-0.7314
Isidro Fabela	-0.3223	Papalotla	-0.0311
Ixtapaluca	1.1373	Polotitlán	-0.2576
Ixtapan de la Sal	-0.4026	Rayón	1.5987
Ixtapan del Oro	-1.7062	San Antonio la Isla	0.6713
Ixtlahuaca	-0.3923	San Felipe del Progreso	-0.9538
Jaltenco	1.0958	San José del Rincón	-1.8685
Jilotepec	-0.0111	San Martín de las Pirámides	-0.1151
Jilotzingo	0.2046	San Mateo Atenco	0.8097
Jiquipilco	-1.2201	San Simón de Guerrero	-0.1254
Jocotitlán	0.4008	Santo Tomás	-0.5974
Joquicingo	-0.628	Soyaniquilpan de Juárez	-0.1144
Juchitepec	-0.8874	Sultepec	-0.9587
La Paz	0.5801	Tecámac	1.7070
Lerma	0.4782	Tejupilco	-0.4213
Luvianos	-1.2918	Temamatla	0.7474
Malinalco	-1.3962	Temascalapa	0.1317
Melchor Ocampo	1.3547	Temascalcingo	-1.1919
Metepec	2.0879	Temascaltepec	-0.5400
Mexicaltzingo	0.1074	Temoaya	-1.0644
Morelos	-0.6997	Tenancingo	-0.3563
Naucalpan de Juárez	1.5216	Tenango Aire	0.1155
Nextlalpan	-0.2082	Tenango del Valle	-0.2130
Nezahualcóyotl	1.2877	Teoloyucán	0.9394
Nicolás Romero	1.2826	Teotihuacán	0.3277
Nopaltepec	-0.7140	Tepetlaoxtoc	-0.3290
Ocoyoacac	1.0416	Tepetlixpa	-0.5504
Ocuilan	-1.7052	Tepetzotlán	1.4084
Otumba	-0.5875	Tequixquiac	-0.4032
Otzoloapan	-0.9156	Texcaltitlán	-0.7643
Otzolotepec	0.2303	Texcalyacac	0.1549
Ozumba	-0.7314	Texcoco	0.6169
Papalotla	-0.0311	Tezoyuca	0.0347
Nicolás Romero	1.2826		



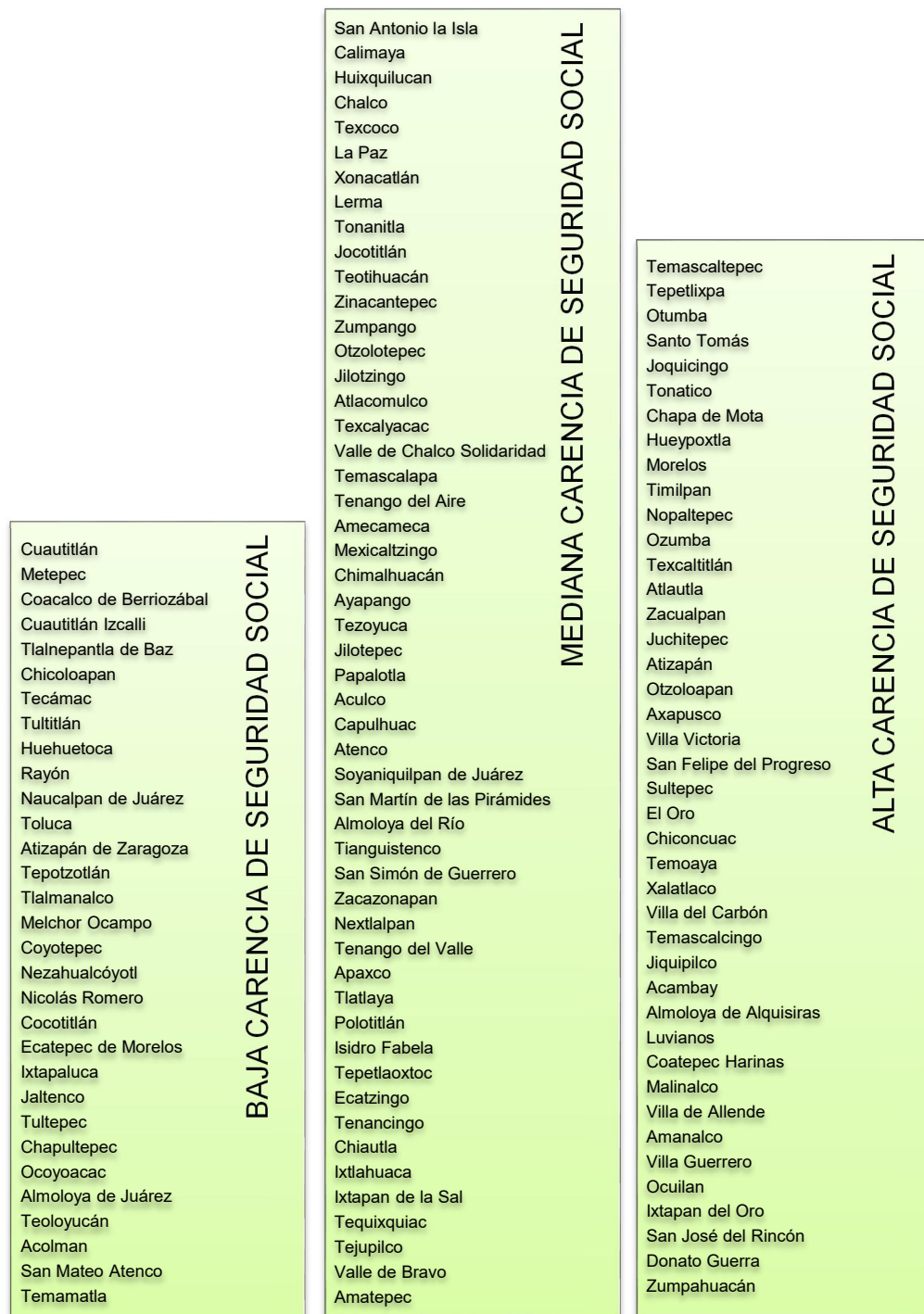
MUNICIPIO	ÍNDICE	MUNICIPIO	ÍNDICE
Tianguistenco	-0.1229	Villa de Allende	-1.4569
Timilpan	-0.7125	Villa del Carbón	-1.1111
Tlalmanalco	1.3670	Villa Guerrero	-1.6265
Tlalnepantla de Baz	1.8662	Villa Victoria	-0.9514
Tlatlaya	-0.2421	Xalatlaco	-1.0892
Toluca	1.4797	Xonacatlán	0.5191
Tonanitla	0.4705	Zacazonapan	-0.1617
Tonatico	-0.6356	Zacualpan	-0.8346
Tultepec	1.0793	Zinacantepec	0.3175
Tultitlán	1.6455	Zumpahuacán	-2.0260
Valle de Bravo	-0.4435	Zumpango	0.2998
Valle de Chalco			
Solidaridad	0.1318		

Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

Una vez que se jerarquizaron los municipios con más o menos carencia de seguridad social, se procedió a realizar el análisis de conglomerados para poder agrupar y analizar con mayor profundidad los municipios, dado que en primer momento se observa una gran heterogeneidad en los indicadores, limitando una buena interpretación de los datos.

De esa manera, el análisis de conglomerados se realizó con base en el método no jerárquico, ocupando la técnica k-medias, en la que se eligió formar tres conglomerados, a razón de vislumbrar los extremos de la polarización que existe en la seguridad social en la entidad mexiquense, ya que una vez agrupados se permite homogeneizar las características de los municipios. Así bien, se clasifican en baja, mediana y alta carencia de seguridad social (véase esquema 4.2), con el fin de focalizar a los municipios más sobresalientes en este derecho humano, así como a los municipios que tienen ciertas carencias pero no tan extremas como los municipios más limitados en materia de seguridad social.

Esquema 4.2 Conglomerados de los municipios del Estado de México, 2010, según la carencia de seguridad social.



Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

A grandes rasgos, se destaca que la proporción de municipios mexiquenses que ocupan baja carencia de seguridad social dista considerablemente de los municipios con mediana y alta escases de este beneficio, dado que figuran únicamente 24.8 por ciento de los municipios, es decir, ni una tercera parte del Estado de México presenta buenos indicadores de seguridad social. Así, las municipalidades con mediana carencia de este derecho humano, constituyen 41.6 por ciento, en tanto que los más necesitados representan 33.6 por ciento, una cifra bastante significativa dado que se habla de 42 municipios con escasos beneficios en materia de seguridad social (véase cuadro 4.8).

Cuadro 4.8 Porcentaje de los municipios agrupados en del Estado de México, 2010.

<b>Nivel de seguridad social</b>	<b>Número de municipios</b>	<b>Porcentaje de municipios</b>
Baja carencia	31	24.8 %
Mediana carencia	52	41.6 %
Alta carencia	42	33.6 %

Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010.

De manera detallada en las siguientes líneas se describen las características de cada clúster de municipios mexiquenses que se obtuvieron en el análisis.

El primer conglomerado, baja carencia de seguridad social, se conforma por 31 municipios mexiquenses, equivalente a 24.8 por ciento del estado. Este clúster, se identifica por tener a los municipios con un mejor índice de seguridad social, es decir, su población se caracteriza por buenos indicios de derechohabientes a servicios de salud, ingreso, ahorro para el retiro y vacaciones con goce de sueldo. Así bien, contiene a los municipios que tienen un índice de seguridad social, alrededor del 1.3849, en donde el municipio mexiquense más sobresaliente es Cuautitlán con un índice de 2.0973.

De los municipios que le siguen son Metepec con 2.0879, Coacalco de Berriozábal con 2.0299 y Cuautitlán Izcalli con 1.9759, la mención de estos tres municipios se debe a que al tener un buen indicio de seguridad social, reflejan un alto nivel de desarrollo, debido a que se encuentran entre los punteros del país, ocupando la novena, décima y doceava

posición respectivamente, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2011).

El segundo conglomerado, mediana carencia de seguridad social, es el grupo de municipios que representa un mayor porcentaje de la entidad mexiquense, debido a que concentra un 41.6 por ciento de las municipalidades. Las características de este grupo no siguen una línea positiva ni negativa en seguridad social, en la medida que sus índices oscilan entre -0.4560 y 0.6713. No obstante, la mayoría de estos municipios mexiquenses presentan considerados rezagos en salud y seguridad de ingreso.

Entre ellos, Huixquilucan con un índice de 0.6495, que a pesar de ser “el décimocuarto municipio con mayores índices de ingreso de México” (Taniguchi, 2011), tiene una gran carencia en salud, dado que apenas si alcanza 47.0 por ciento de cobertura en sus habitantes. Todo ello, indica parte de las carencias en materia de seguridad social en la población de Huixquilucan. En contraste, Aculco con un índice de seguridad social de -0.0678, indica que la mayoría de sus habitantes tienen bajos ingresos, aunado a las insuficiencias en servicios de salud que se vislumbran en su cobertura, debido a que apenas si 25.3 por ciento de la población aculquense está protegida en este rubro. Así, estas carencias en materia de seguridad social se pueden ver reflejadas en la catalogación que se le realiza al municipio de Aculco en cuanto al nivel de marginación, al considerarse como uno de los 26 municipios mexiquenses que están inmersos en la alta marginación (Cedillo, Sánchez & Moreno, 2011).

Con ello se ratifica que este conglomerado expresa municipios con al menos una carencia significativa de las dimensiones de seguridad social, donde la mayoría tiende a ser desfavorable.

El tercer conglomerado, alta carencia de seguridad social, contiene a los municipios con índices muy inferiores, dado que el nivel de derechohabencia a servicios de salud es muy escasa, aunado al mínimo ingreso, que a su vez repercute en que la mayoría de los habitantes tengan minúsculas prestaciones laborales, como lo es el ahorro para el retiro y las vacaciones con goce de sueldo. Este grupo contiene a 33.6 por ciento de las municipalidades mexiquenses, cifra superior al del primer clúster, en donde se encuentra a los municipios más rezagado en seguridad social.

Los tres municipios más deplorables en seguridad social son Zumpahuacán con un índice de -2.0260, Donato Guerra con -1.8838 y San José del Rincón con -1.8685, en los que sus habitantes sufren de demasiadas carencias, debido a que es mínimo el porcentaje de población que gozan de servicios en salud y de buena seguridad de ingreso. Estos municipios expresan la gran polarización negativa en seguridad social que existe en el Estado de México.

Así, en este tercer conglomerado se evidencian las condiciones desfavorables en las que viven los habitantes mexiquenses en materia de seguridad social.

En ese contexto, se comparte la idea de Millán y Pérez, que la entidad mexiquense es “uno de los estados más ricos de la República Mexicana, pero en donde también campea una población numerosa que se encuentra por debajo de los niveles de bienestar socialmente aceptables” (Millán & Pérez, 2008, p. 20), tal como se ve reflejado en los índices de seguridad social de cada municipio del Estado de México.

No obstante, antes de generalizar la situación de seguridad social que atraviesa el Estado de México, enseguida se exponen las pruebas interna y externa que se realizaron para que el análisis por conglomerados fuera consistente, dado que muestra la congruencia de las variables internas y externas con la agrupación de municipios mexiquenses que se obtuvo en el análisis.

La prueba interna utilizó dos variables, que se ocuparon para representar las dimensiones de seguridad social, en este caso: derechohabiencia a servicios de salud y ahorro para el retiro, debido a que la primera variable resulta ser primordial para la vida de los individuos, dado que garantiza la atención médica ante cualquier eventualidad. Además, “ser derechohabiente a alguna institución de salud evita que las familias incurran en gastos médicos tan altos que los lleven a poner en riesgo su estabilidad económica” (Ponce, 2012, p. 11), en otras palabras se puede decir que entre mayor sea el porcentaje de la población cubierta en servicios de salud, menor número de hogares sufrirán un desequilibrio económico (Ponce, 2012), lo cual es parte de la seguridad social que tanto se le atañe al ser humano.

Respecto a la importancia del ahorro para el retiro, se debe a que si los individuos gozan de esta prestación laboral, pueden asegurar un ingreso durante la edad adulta mayor, en

la que su nivel de productividad disminuye. Así bien, se evitarían los problemas financieros que podrían causarles la satisfacción de sus necesidades, evitando inseguridad social en la vejez.

Además, esta situación es favorable para los municipios, dado que tendrían menos personas en edad adulta mayor con una alta carencia en seguridad social, a la cual tendrían que ayudar mediante los programas de asistencia social, como al día de hoy se presentan en la entidad mexiquense. Asimismo, el nivel de desarrollo del municipio podría aumentar, dado que en vez de utilizar recursos económicos en los programas, se destinarían a otras áreas, como la educación.

En ese sentido, al realizar esta prueba, se observó la congruencia de los indicadores de derechohabiencia a servicios de salud y ahorro para el retiro con los municipios de cada conglomerado. A manera de ejemplo (véase cuadro 4.9), los municipios de Metepec, Cuautitlán y Rayón que se posicionan en el primer clúster por tener una baja carencia en seguridad social, presentan altos niveles de derechohabiencia a servicios de salud con porcentajes superiores a 53.3 por ciento. Paralelamente, sucede con el ahorro para el retiro, aunque con porcentajes menores, dado que van de 35.5 a 60.3 por ciento, en la medida que el promedio de la entidad mexiquense apenas si alcanza un 41.4 por ciento.

Cuadro 4.9 Prueba interna.

CLÚSTER MUNICIPIO	Derechohabiencia a servicios de salud			Ahorro para el retiro		
	1	2	3	1	2	3
Metepec	77.9%			54.3%		
Cuautitlán	74.8%			60.1%		
Rayón	63.1%			49.4%		
Calimaya	50.3%			35.4%		
Tequixquiac	35.8%			16.1%		
Valle de Bravo	29.3%			18.7%		
Temascaltepec	31.4%			17.6%		
Coatepec Harinas	12.1%			7.0%		
San José del Rincón	8.6%			1.5%		

Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010

En contraste, Temascaltepec, Coatepec Harinas y San José del Rincón tienen coberturas desfavorables para su población en derechohabencia a servicios de salud y en ahorro para el retiro, alcanzando por mucho 34.3 y 22.1 por ciento respectivamente, coincidiendo con los índices negativos que presentan en seguridad social. No obstante, un municipio que se observa con extrema carencia de estos beneficios, es San José del Rincón, puesto que sus porcentajes son deplorables, indicando la alta carencia en seguridad social que existe en este municipio.

Por otro lado, se encuentran Calimaya, Tequixquiac y Valle de Bravo en un nivel intermedio de seguridad social, dada la combinación de características entre los dos grupos extremos antes mencionados, en la medida que en los porcentajes de derechohabencia a servicios de salud oscilan entre 27.8 y 52.4 por ciento, mientras que en ahorro para el retiro se distribuyen entre 16.1 y 36.5 por ciento.

En la misma instancia sucedió con la prueba externa, mediante las variables: posición en el trabajo y aguinaldo, que están contenidas en la misma fuente de información de donde se obtuvieron las dimensiones de la seguridad social. Estas variables se eligieron por la relación que tienen al tema y ambas se calcularon respecto al porcentaje de la población de 15 a 65 años de cada municipio del Estado de México. La primera variable, posición en el trabajo<sup>15</sup>, tiene un desglose de todas las ocupaciones que pudieran tener los trabajadores mexiquenses. Sin embargo, se eligió únicamente a la parte de empleados u obreros, mejor conocido como asalariados, debido a que en este estudio se considera que son los trabajadores con mayor nivel de seguridad social, puesto que en la mayoría de las veces conforman al sector formal, en la medida que gozan de mayores prestación y un salario (Gómez, 2012).

La segunda variable, aguinaldo, únicamente supuso si los trabajadores gozan o no de esta prestación laboral. Esta variable se considera que está relacionada con la seguridad social debido a que forma parte del apoyo económico que tiene el individuo, para la satisfacción de necesidades no básicas. Además, es una prestación que tiene poca presencia en los trabajadores.

---

<sup>15</sup> Posición en el trabajo: Empleado(a) o obrera(o), jornalera(o) o peón, ayudante, patrón(a) o empleador(a), trabajador(a) por cuenta propia, trabajador(a), familiar sin pago (Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2010b).

Así bien, en esta prueba externa se logró que ambas variables se vincularan con las características de cada conglomerado, a pesar de que en la variable de asalariados no se observa bien la distinción de porcentajes en los conglomerados, si se logra vislumbrar un porcentaje descendente en cada uno de los conglomerados.

En el cuadro 4.10 se exponen algunos ejemplos, en los que se observa que los municipios registrados en el primer conglomerado (Meteppec, Cuautitlán y Rayón) presentan altos porcentajes de asalariado, por arriba de 59.6 por ciento y respecto a los trabajadores que gozan de aguinaldo oscilan entre 50.9 y 74.6 por ciento. Todo ello reflejando los buenos niveles de seguridad social. Asimismo, con características similares se encuentran los municipios de Calimaya, Tequixquiac y Valle de Bravo, dado que en los porcentajes de empleados u obreros se encuentran entre 29.3 y 70.5 por ciento y en beneficios de aguinaldo cubren de 29.6 a 52.3 por ciento. Así bien se muestran coberturas intermedias, que distinguen al conglomerado de mediana carencia de seguridad social.

Cuadro 4.10 Prueba externa.

<b>CLÚSTER MUNICIPIO</b>	<b>Posición en el trabajo</b>			<b>Aguinaldo</b>		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Meteppec	72.4%			74.6%		
Cuautitlán	72.4%			70.3%		
Rayón	62.4%			65.7%		
Calimaya		64.1%			47.8%	
Tequixquiac		62.5%			29.6%	
Valle de Bravo		58.7%			37.9%	
Temascaltepec			39.8%			39.3%
Coatepec Harinas			28.1%			15.4%
San José del Rincón			27.9%			9.3%

Fuente: Cálculos propios con base en el Censo de Población y Vivienda 2010

En cambio, los municipios que se encuentran en alta carencia de seguridad social presentan porcentajes más desfavorables, en el caso de los asalariados van de 18.7 a 61.6 por ciento. Además, en la prestación laboral de aguinaldo solo cubren por mucho a 39.3 por ciento de la población. Algunos de ellos son: Temascaltepec, Coatepec Harinas y San José del Rincón.



En ese sentido, se cumple con otro de los objetivos del estudio, al lograr clasificar a los municipios del Estado de México, según la carencia en seguridad social, en los que se presenta una gran polarización y desigualdad sobre este derecho humano, dado que a pesar de que existen algunos municipios con buena seguridad social, sobresalen los municipios que tienen una alta carencia. Precisamente si se contrasta el conglomerado de alta con los conglomerados de mediana y baja carencia de seguridad social, se encuentra con que el primero cuenta con 33.6 por ciento de los municipios mexiquenses, mientras que los otros comprenden un 66.4 por ciento. Así bien, esta extraordinaria polarización se puede observar simplemente al comparar el municipio de Cuautitlán con el mayor nivel en seguridad social, representado por un índice de 2.0973, y Zumpahuacán con los beneficios más deplorables de este derecho humano, constituido por un índice de -2.0260.

En conclusión, el Estado de México es un lugar carente de seguridad social, empero sobre todo refleja una gran inequidad entre sus municipios sobre este derecho humano, debido a que se expresan estar faltos de los mismos derechos en salud y seguridad de ingreso.

De esa manera, con todo el análisis realizado sobre las condiciones de la seguridad social en el Estado de México, en el año 2010, se cumple con el objetivo principal de la presente investigación.

Por lo que se requiere la atención de los gobiernos, para tener en cuenta esta problemática, dado que si no se estrecha esta gran línea de polarización e inequidad, es muy probable que a largo plazo resulte más difícil enfrentarlo, puesto que se tendrán menos herramientas económicas y sociales.

## CONCLUSIONES FINALES

Actualmente, la seguridad social es considerada como un fenómeno trascendental en la vida de los seres humanos, debido a que este beneficio radica en garantizar la protección de los individuos en las diversas contingencias que pudiera enfrentar y engloba múltiples elementos que mejoran la calidad de vida del hombre, en el corto y largo plazo.

En el caso del Estado de México, la seguridad social presenta diversas deficiencias a nivel municipal, en las que sobresale principalmente la falta de derechohabiencia a servicios de salud, dado que de cada 10 personas mexiquenses de 15 a 65 años de edad, únicamente 6 gozan de este beneficio. Así bien, se muestran algunos de los semblantes del Estado de México en materia de seguridad social.

De manera puntual, en las siguientes líneas se expresan las generalidades del trabajo de tesis, que dan respuesta a la pregunta de investigación:

¿Cuáles son las condiciones de la seguridad social en los municipios del Estado de México, en el año 2010?

Al finalizar el análisis estadístico multidimensional sobre seguridad social en el Estado de México, en el año 2010, se concluye que la entidad se caracteriza por una gran desigualdad y polarización entre los municipios sobre este derecho humano que se debe garantizar a todo individuo, en la medida que existen municipios con índices favorables de seguridad social, pero resaltan los municipios con índices desfavorables, debido a que 24.8 por ciento de las municipalidades presentan baja carencia en este derecho humano, 41.6 por ciento expresan mediana carencia y 33.6 por ciento muestran una alta carencia, permitiendo que la entidad refleje una gran insuficiencia en materia de seguridad social.

En ese sentido, se puede decir que se valida la hipótesis planteada en el primer capítulo del presente trabajo de tesis, debido a que se presenta una gran heterogeneidad en los beneficios de salud y seguridad de ingreso en todos los municipios, en otras palabras se refiere que las municipalidades del Estado de México se caracterizan por una brecha de inequidad y polarización en materia de seguridad social, debido a que no existe municipio mexiquense que satisfaga a toda su población en este derecho humano.

Por lo que se señala que gran parte de los municipios de la entidad mexiquense se ven afectados por una alta carencia en seguridad social, provocando un faltar desarrollo económico y social del Estado de México.

Aunado a ello, es importante mencionar que conforme pasa el tiempo, esta inequidad y carencia en materia de seguridad social se prolongará, dado que al día de hoy, si la entidad mexiquense al ser joven, carece de homogeneidad en este derecho humano, más aun en los futuros años que la entidad se envejezca.

Así bien, una vez que se presentaron la pregunta y la hipótesis de investigación, en las siguientes líneas se expresan los objetivos específicos, que se lograron de manera satisfactoria, con base en el vínculo entre el marco teórico y empírico que se suscitó sobre el tema de seguridad social.

En inicio, se realizó una revisión de literatura sobre seguridad social, tanto de organismos internacionales como de autores especializados en la materia, en la que se logró identificar las dimensiones y las variables que conforman la seguridad social en los municipios del Estado de México, en el año 2010.

Por lo anterior, se define a la seguridad social como un derecho humano, que engloba múltiples dimensiones con base en dos elementos: salud y seguridad de ingreso, con la finalidad de que se garantice un bienestar y un mejor desarrollo económico y social tanto de los individuos como de la sociedad. En otras palabras, se puede decir que estas dos dimensiones se consideraron por ser fundamentales para la mejora de las condiciones de vida del ser humano.

Posteriormente, se presentaron las características demográficas, sociales y económicas del Estado de México, con el fin de introducir las condiciones de la seguridad social en la entidad, en las que se destaca que en el año 2010, los mexiquenses de 15 años y más tienen un nivel educativo bajo, debido a que 55.7 por ciento de la población apenas tiene la educación básica, causando una limitación de oportunidades para desenvolverse en el mercado laboral, que se ve reflejado principalmente en la economía de los mexiquenses, debido a que 45.2 por ciento de la población apenas si recibe de 1 a 3 salarios mínimos, generando un insuficiente ingreso para la satisfacción de las necesidades básicas, y mucho más para los diversos riesgos que pudieran enfrentar.

Asimismo, se señala que los trabajadores mexiquenses tienen grandes carencias en las prestaciones laborales, que no solo se puede referir al corto plazo, sino también en el largo plazo, como es el ahorro para el retiro, debido a que 93 de cada 100 mexiquenses no tienen acceso a esta prestación, la cual es fundamental para el goce y disfrute de una vida digna en la edad adulta. De igual forma, se presentan insuficiencias en la derechohabencia a servicios de salud, en la que 57.3 por ciento del total de la población mexiquense está excluida de los beneficios de alguna institución (IMSS, ISSSTE, Pemex, Defensa, Marina, seguro privado u otra institución), a pesar de las modificaciones en la política pública sobre brindar asistencia médica a todos los mexicanos.

Por lo anterior, se puede decir que la mayoría de los habitantes del Estado de México están faltos de los beneficios de salud y seguridad de ingreso, es decir, existe una gran carencia en materia de seguridad social, que impide el bienestar de los individuos. Así bien, estos resultados muestran el contexto estatal, en tanto que de manera municipal se expresan en las siguientes líneas.

En ese sentido, para lograr el análisis multidimensional sobre seguridad social en los municipios de la entidad mexiquense, en el año 2010, se ocupó en primer lugar de la construcción de un índice de componentes principales, con el propósito de que sirviera como indicador de la seguridad social, y en segundo lugar, se utilizó la técnica de conglomerados, con el fin de clasificar a las municipalidades, según su carencia de este derecho humano, en el que se aprecia que la mayoría de los municipios mexiquenses se encuentran faltos en materia de seguridad social, debido a que 31 municipios se encuentran en baja carencia, 52 municipios en mediana carencia y 42 municipios en alta carencia de este derecho humano. Lo anterior expone que 8 de cada 10 municipalidades mexiquenses necesitan mejorar el nivel de seguridad social.

En conclusión, la entidad mexiquense tiene el reto de equilibrar los niveles de seguridad social en los municipios, con la finalidad de matizar las desigualdades de este derecho humano tan primordial para el bienestar de los individuos. Por lo que se ocupa de la atención del gobierno del Estado de México para que oriente las políticas públicas a reducir la brecha de desigualdad y polarización que existe en materia de seguridad social, debido a que no se puede continuar con estas condiciones. A largo plazo, esta situación se puede agravar.

Además, es importante señalar que el presente trabajo de tesis da pie a la posibilidad de presentar más líneas de investigación, dado que se plantean dos ideas a desarrollar en el futuro, en la medida que no se pudieron contener en esta investigación debido al tiempo y al objetivo planteado. En primera instancia, se supone realizar el mismo análisis estadístico de seguridad social en el Estado de México, con base en el próximo Censo de Población y Vivienda, que se desarrollara en el año 2020, con la finalidad de observar el contraste en materia de seguridad social en los municipios mexiquenses en los diferentes años. En segunda instancia, se considera realizar alguna comparación en materia de seguridad social, entre diversos estados del país, que tengan características económicas y/o sociales similares, con el propósito de observar las características que influyen en que tengan una favorable o desfavorable situación de este derecho humano.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almonte, D. J., & Carbajal, S. Y. (enero/junio, 2011). Crecimiento económico y desempleo en el Estado de México: una relación estructural. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 3(1), 77 - 88. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193118893006>
- Alonso, R. M. (2012). *Políticas públicas de pensiones en México para las personas sin capacidad de ahorro*. (Primera ed.). México: Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).
- Álvarez, S. J. (1971). El problema de la definición de la seguridad social y el derecho. *Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana*, 3, 3 - 29. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/jurid/cont/3/art/art2.pdf>
- Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). (2015a). Introducción. *La seguridad social: Un derecho humano fundamental*. Recuperado de <http://www.issa.int/es/topics/understanding/introduction>
- Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). (2015b). *Un papel único en el mundo de las organizaciones internacionales*. Recuperado de <https://www.issa.int/es/the-issa/history/1927-1990>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2015). *Seguridad Social*. Recuperado de <http://www.iadb.org/es/temas/trabajo-y-pensiones/el-bid-y-la-seguridad-social-en-america-latina-y-el-caribe,2953.html>
- Bertranou, F. M. (septiembre, 2003). *Concepto, teorías y paradigmas de la protección social y la seguridad social*. Trabajo presentado en el Curso calidad de vida de personas mayores de la Oficina Internacional del Trabajo, Santiago. Recuperado de [http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SEGUR004\\_Bertranou.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SEGUR004_Bertranou.pdf)
- Bertranou, F. M. (2005). Restrictions, problems and dilemmas of social protection in Latin America: Facing the challenges from ageing and income inequality. *Well-being and Social Policy*, (1)1, 33 - 54. Recuperado de [http://www.academia.edu/6210381/Restrictions\\_Problems\\_and\\_Dilemmas\\_of\\_Social\\_Protection\\_in\\_Latin\\_America\\_Facing\\_Challenges\\_from\\_Aging\\_and\\_Income\\_Inequality](http://www.academia.edu/6210381/Restrictions_Problems_and_Dilemmas_of_Social_Protection_in_Latin_America_Facing_Challenges_from_Aging_and_Income_Inequality)
- Bowen, H. A. (1992). *Introducción a la seguridad social* (Tercera ed.). Chile: Jurídica de Chile. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=Q4pZ6OsT7yQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Brachet, M. V. (2010). Seguridad social y desigualdad, 1910 - 2010. En *Los grandes problemas de México* (Primera ed., Vol. V, pp. 181 - 209). El colegio de México.
- Burchart, H. J. (mayo/junio, 2012). ¿Por qué América Latina es tan desigual? Tentativas de explicación desde una perspectiva inusual. *Nueva Sociedad*(239), 137 - 150. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/Nuevasociedad/2012/no239/12.pdf>

- Cámara de Senadores de la República Mexicana. (1987). Salud. En *Planes de la nación mexicana* (Primera ed., pp. 153 - 266). Méxco. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2804/4.pdf>
- Castel, R. (2006). La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido?. Buenos Aires: El Manantial.
- Cea, D. A. (2012). Análisis factorial. *Materiales de la asignatura: Análisis multivariante*. Recuperado de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D\\_departamento/materiales/datos\\_multivariante.htm](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D_departamento/materiales/datos_multivariante.htm)
- Cedillo, D. R., Sánchez, R. M., & Moreno, E.R. (mayo/agosto, 2011). El capital social en los municipios con alta marginación del Estado de México. Premisas para consolidar la democracia. *Espacios públicos*, (14)31, 77 - 95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621192005.pdf>
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP). (2002). *Situación económica y finanzas públicas del Estado de México, 2001*. Recuperado de <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0032002.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2011). *Medición de pobreza en los municipios de México, 2010*. Recuperado de [http://www.coneval.gob.mx/informes/Pobreza/Pobreza\\_municipal/Presentacion/Pobreza\\_municipios.pdf](http://www.coneval.gob.mx/informes/Pobreza/Pobreza_municipal/Presentacion/Pobreza_municipios.pdf)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2012a). *Evaluación estratégica de protección social en México*. D.F. Recuperado de [http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion\\_Estrategica\\_de\\_Proteccion\\_Social\\_en\\_Mexico.pdf](http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2012b). *Informe de pobreza y evaluación en el Estado de México 2012*. México. Recuperado de <http://desarrollosocial.guanajuato.gob.mx/coneval/informe-edo-mexico.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2015). *Evolución de las líneas de bienestar y de la canasta alimentaria*. Recuperado de <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (abril, 2014). *Dinámica demográfica 1990 – 2010 y proyecciones de población 2010 – 2030*. México. Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15\\_Cuadernillo\\_Mexico.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Proyecciones/Cuadernos/15_Cuadernillo_Mexico.pdf)
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2012). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y su Protocolo Facultativo*. Recuperado de [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7\\_Cartilla\\_PIDESCyPF.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf)
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). (2015). *Afiliación. Cuotas familiares*. Recuperado de <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php/como-me-afilio/proceso-de-afiliacion/9-afiliacion/78-cuotas-familiares>

- Consejo Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI) (2010). *Salarios mínimos*. México. Recuperado de [http://www.conasami.gob.mx/pdf/tabla\\_salarios\\_minimos/2010/01\\_01\\_2010.pdf](http://www.conasami.gob.mx/pdf/tabla_salarios_minimos/2010/01_01_2010.pdf)
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). *Título sexto del trabajo y de la previsión social. Artículo 123*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/124.htm?s=>
- Chávez, V. (noviembre, 2014). Reducen diputados a 15 años edad mínima de menores para trabajar. *El Financiero*. Recuperado de <http://www.elfinanciero.com.mx/politica/reducen-diputados-a-15-anos-edad-minima-de-menores-para-trabajar.html>
- Del Río, A. L., & Maurandi, L. A. (2014). *Entorno de trabajo R. RStudio*. Recuperado de <http://www.um.es/ae/FEIR/10/>
- Díaz, L. J. (enero/junio, 2000). La seguridad social en México un enfoque histórico. *Revista Jurídica de la Escuela Libre de Derecho de Puebla*, 2, 39 - 59. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/revjurdp/cont/2/art/art2.pdf>
- Dillon, W. R., & Goldstein, M. (1941). *Multivariate analysis methods and applications*. Wiley.
- Enciso L. A. (18 de junio de 2013). El sexenio anterior dejó 60 millones de mexicanos en pobreza por ingresos. *Sociedad y Justicia*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2013/07/18/sociedad/038n1soc>
- Ensignia, J. (mayo/junio, 1998). El debate sobre la seguridad social en América Latina y la posición del sindicalismo. *Nueva Sociedad*(155), 54 - 64. Recuperado de <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10701665N155-5.pdf>
- Gómez, M. S., Ortiz, P. R., Sales, C. O., & Sánchez, G. J. (2005). *Historia de México*. México: Limusa. Recuperado de [https://books.google.com.mx/books?id=kfbYNU4PCgEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=kfbYNU4PCgEC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Gómez, R. J. (2012). Los efectos de la economía informal para la extensión de la seguridad social en México. Retos y perspectivas. En *Condiciones de trabajo y seguridad social* (Primera ed., pp. 75 - 90). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3142/5.pdf>
- González, B. J. (2012). La gran transformación del Estado de México y sus desafíos sociodemográficos. En *Migración mexicana a Estados Unidos: Un análisis interdisciplinario* (pp. 37 - 85). Recuperado de [http://www.uaemex.mx/cieap/libros/12\\_migracion/03.pdf](http://www.uaemex.mx/cieap/libros/12_migracion/03.pdf)
- González, J. G., & Baca, T. N. (1994). La industrialización y urbanización en el Estado de México. *Papeles de Población*(2), 27 - 37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11200203>
- González, R. B. (2003). *La seguridad social en el mundo*. (Primera ed.). México: Siglo veintiuno editores. Recuperado de [http://books.google.com.mx/books?id=2fiUzOBUP\\_0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=2fiUzOBUP_0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)



- Guerrero, R. C. (junio, 2006). El Concepto de la Protección Social. *Cuadernos de Protección Social*, 3. Colombia: Ministerio de la Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CUADERNOS%20DE%20PROTECC%C3%93N%20SOCIAL%203.pdf>
- Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM). (2015). *Historia*. Recuperado de [http://www.issemym.gob.mx/tu\\_issemym/historia](http://www.issemym.gob.mx/tu_issemym/historia)
- Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). (enero/junio, 1987). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 123, fracciones II, V, XIV y XXIX. 5 de febrero de 1917. *Revista de Administración Pública*, 69 - 70, 411. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/69/pr/pr47.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010a). Importancia. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/presentacion.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010b). Cuestionario ampliado. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/doc/cpv2010\\_cuest\\_ampliado\\_d.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/doc/cpv2010_cuest_ampliado_d.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). *Diseño de la muestra censal 2010*. Recuperado de [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/dis\\_muestra\\_cpv2010.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/censos/dis_muestra_cpv2010.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). Información por entidad. *Cuentame INEGI*. Recuperado de [http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/territorio/div\\_municipal.aspx?tema=me&e=15](http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=15)
- International Labour Office. (2010). *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond*. Geneva. Recuperado de <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=15263>
- Johnson, R. A., & Wichern, D. W. (2007). *Applied multivariate statistical analysis* (Sexta ed.). Pearson.
- Kurczyn, V. P. (septiembre/diciembre, 1997). Asistencia social, pública y privada. El trabajo voluntario. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 90, 1119 - 1133. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/boletin/cont/90/art/art10.pdf>
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/sesionesacad/asacristina/ImpactodelSeguroPopular.pdf>
- Marín, J. M. (2006). *Análisis multivariante*. Recuperado de <http://halweb.uc3m.es/esp/Personal/personas/jmmarin/esp/AMult/AMult.html>

- Mendizábal, B. G. (2005). Estudio comparativo de los sistemas de seguridad social con tradición bismarckiana y de tipo berveridgiano, al ejemplo de dos países: Austria y México. En *Memoria del Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados* (Primera ed., pp. 545 - 569). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1728/26.pdf>
- Millán, H., & Pérez, R. (enero/junio, 2008). Desigualdad social y pobreza en el Estado de México: ¿convergencia o divergencia?. *Economía y Sociedad*, (XIV)21, 17 - 39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/510/51002102.pdf>
- Montagut, E. (diciembre, 2014). Renta mínima garantizada y pensiones en Thomas Paine. *Nueva Tribuna*. Recuperado de <http://www.nuevatribuna.es/articulo/sociedad/renta-minima-garantizada-y-pensiones-thomas-paine/20141230121122110808.htm>
- Morales, R. M. (enero/junio, 2006). Protección Social: ¿Concepto Dinámico?. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 2, 201 - 222. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/revlads/cont/2/art/art7.pdf>
- Morales, A. (07 de abril de 2010). 41% de los mexicanos, sin acceso a la salud. *EL UNIVERSAL*. México. Recuperado de <http://archivo.eluniversal.com.mx/notas/671104.html>
- Narro, R. J., Moctezuma, N. D., & Orozco, H. L. (mayo/agosto, 2010). Hacia un nuevo modelo de seguridad social. *Economía UNAM*, 7(20), 7 - 33. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eunam/v7n20/v7n20a1.pdf>
- Nugent, R. (1997). La seguridad social: su historia y sus fuentes. En *Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social* (pp. 603 - 622). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/139/36.pdf>
- Ochoa, L. S. (2006). Antecedentes. En *Seguridad Social*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Recuperado de [http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/Cesop/Comisiones/2\\_social.htm](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Comisiones/2_social.htm)
- Ordoñez, B. G. (mayo/agosto, 2002). El Estado de bienestar en las democracias occidentales. *Región y Sociedad*, XIV(24), 100 - 145. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/102/10202404.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1952). *Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952*. (Informe No. 102). Ginebra. Recuperado de [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID,P12100\\_LANG\\_CODE:312247](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312247)
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2001). *Seguridad social: temas, retos y perspectivas*. (Informe VI). Ginebra. Recuperado de <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc89/pdf/rep-vi.pdf>

- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2003). *Hechos concretos sobre la seguridad social*. Ginebra. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_067592.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2009). Responder a la crisis: construir una protección social básica. *Trabajo(67)*. Ginebra. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_122248.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_122248.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2011). Pisos de protección social para la justicia social y una globalización equitativa, (Informe IV(1)). Ginebra. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms\\_160399.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_160399.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2015a). *Protección Social*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/social-protection/lang--es/index.htm>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2015b). *Normas internacionales del trabajo sobre la seguridad social*. Recuperado de <http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/social-security/lang--es/index.htm>
- Peña, D. (2002). *Análisis de datos multivariantes*. (Primera ed.). España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Ponce, S. G. (2012). *Vulnerabilidad social y riesgo de caer en pobreza en México*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Recuperado de [file:///C:/Users/mena/Downloads/Vulnerabilidad-social-pobreza-docto138%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/mena/Downloads/Vulnerabilidad-social-pobreza-docto138%20(3).pdf)
- Powers, D. A., & Xie, Y. (2002). *Statistical methods for categorical data analysis*. Academic Press.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2011). *Informe sobre Desarrollo Humano Estado de México 2011*. México. Recuperado de [http://centro.paot.org.mx/documentos/pnud/IDH\\_Estado\\_de\\_Mexico\\_2011-2.pdf](http://centro.paot.org.mx/documentos/pnud/IDH_Estado_de_Mexico_2011-2.pdf)
- Rojas, A. G., & Ulloa, P. O. (2002). Seguridad social en México: presente y futuro. En *Temas selectos de salud y derecho* (pp. 33 - 63). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/1/357/5.pdf>
- Rodgers, G., Lee, E., Swepston, L., & Van, J. D. (2009). *La Organización Internacional del Trabajo y la lucha por la justicia social, 1919 – 2009*. (Primera ed., pp. 1919 – 2009). Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms\\_104680.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_104680.pdf)
- Rodríguez, C. J. (2003). *La economía laboral en el período clásico de la historia del pensamiento económico* (Tesis doctoral). Valladolid. Recuperado de <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/jcrc/completa.pdf>

- Rodríguez, S. A. (2008). *El modelo neoliberal y la administración pública en Colombia. Un estudio de caso: prestación de servicios de salud del instituto de seguros sociales* (Tesis doctoral). Colombia. Recuperado de <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/7820/1/tesis134.pdf>
- Ronzón, H. Z., & Montoya, A. B. (julio/septiembre, 2013). La seguridad social entre la población envejecida del Estado de México: alcances y limitaciones de las políticas públicas. *Papeles de Población*, 77, 61 - 82.
- Ruezga, B. A. (2007). Seguridad social y economía informal. En *Panorama internacional de derecho social* (pp. 539 - 546). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2458/31.pdf>
- Ruiz, M. Á. (2006). La seguridad social: ¿Función pública o privatización?. En *Evolución y tendencias recientes del derecho del trabajo y de la seguridad social en América*. (Primera ed., pp. 517 - 530). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2150/24.pdf>
- Ruiz, M. Á. (2008). La deslaborización del derecho de la seguridad social y su autonomía con respecto del derecho laboral. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 7, 211 - 247. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/revista/pdf/DerechoSocial/7/art/art10.pdf>
- Ruiz, M. M. (2011). *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Cualiacán, Sinaloa. México* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/index.htm>
- Sánchez, C. A. (2012). Principales modelos de seguridad social y protección social. En *La seguridad social y la protección social en México: su necesaria reorganización* (Primera ed., pp. 5 - 23). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3120/4.pdf>
- Sarukhán, J. (1998). *Las musas de Darwin*. México: Fondo de cultura económica. Recuperado de <http://www.biblioises.com.ar/Contenido/000/010/a%2093%20Libro%20LAS%20MUSAS%20DE%20DARWIN.pdf>
- Sasso, F. M. (2007). Seguridad social, derecho y relaciones internacionales en Magallanes. *Magallania*, 35(2), 55 - 69. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/magallania/v35n2/art05.pdf>
- Secretaría de Desarrollo Social. (2015). *Programas Sociales. Pensión para Adultos Mayores*. Recuperado de [http://www.sedesol.gob.mx/en/SEDESOL/Pension\\_para\\_adultos\\_mayores](http://www.sedesol.gob.mx/en/SEDESOL/Pension_para_adultos_mayores)
- Secretaría de Salud (SSA). (julio, 2003). *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación del Programa Salud para Todos (Seguro Popular de Salud)*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a040703.html>
- Secretaría de Salud (SSA). (2015). *Seguro Popular de Salud*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/faq.htm>

- Suprema Corte de la Justicia de la Nación. (2007). *Constitucionalidad de la transferencia al gobierno federal de recursos de la subcuenta de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez de los trabajadores inscritos en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. (Primera ed.). México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2493/4.pdf>
- Sollova, M. V. (julio/septiembre, 2009). Estructura del mercado laboral y empleo en el Estado de México en el primer trimestre de 2009. *Revista de análisis de conyuntura económica*, 9 - 11. Recuperado de <http://www.uaemex.mx/feconomia/Publicaciones/e203/EA2-3-VERA.pdf>
- Taniguchi, H. (12 de abril de 2011). Estado de México: una de las entidades más desiguales del país. *CNN México*. Recuperado de <http://mexico.cnn.com/nacional/2011/04/12/estado-de-mexico-una-de-las-entidades-mas-desiguales-del-pais>
- Uthoff, A., & Conte-Grand, A. H. (2011). *Índice de Desarrollo de la Seguridad Social. Informe Final*. Recuperado de [http://www.seguridadsocialparatodos.org/sites/default/files/indice\\_de\\_la\\_seguridad\\_social.pdf](http://www.seguridadsocialparatodos.org/sites/default/files/indice_de_la_seguridad_social.pdf)
- Villegas, V. K., & Montoya, A. B. (enero/marzo, 2014). Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. *Papeles de Población*(79), 133 - 167. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/112/11230198006.pdf>