

INICIATIVA QUE ADICIONA LOS ARTÍCULOS 10, 18 Y 28 DE LA LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, A CARGO DEL DIPUTADO MIGUEL ACUNDO GONZÁLEZ, DEL GRUPO PARLAMENTARIO DEL PES

Miguel Acundo González, diputado federal por el Grupo Parlamentario de Encuentro Social a la LXIV Legislatura del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 71, fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por los artículos 77 y 78 del Reglamento de la Cámara de Diputados, somete a consideración de esta soberanía la presente iniciativa con proyecto de decreto que adiciona una fracción XIII Bis al artículo 10; una fracción III Bis al artículo 18 y una fracción XVIII Bis al artículo 28, todos de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en materia de descuentos para servicios de salud, hospitalarios y quirúrgicos, con base en la siguiente

Exposición de Motivos

El derecho a la salud está consagrado en el artículo 4o. de nuestra Constitución, en su párrafo cuarto establece que, toda persona -nacional o extranjero- tiene derecho a la protección de la salud, el cual establece:¹

Artículo 4o. (...)

(...)

(...)

(...)

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

(...)

Desde el primer día de gobierno de la actual administración se comenzó a trabajar en la creación de un sistema de salud pública gratuito, que prestara servicios de calidad y fuera capaz de garantizar la atención médica y hospitalaria de todas las personas que se encuentren en nuestro país.

Lo anterior, con la finalidad de hacer vivencial el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud de todas y todos los mexicanos, para lo cual, el Congreso de la Unión aprobó reformas a la Ley General de Salud y a la de los Institutos de Salud para crear el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi).

El 29 de noviembre de 2019, se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el decreto que crea el Insabi, con su puesta en operación se buscaba proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y atención hospitalaria de los mexicanos que no cuentan con servicios de seguridad social, incluido los extranjeros, sin importar su estatus migratorio.

El modelo de salud pública propuesto para el Insabi, tiene como prioridad la atención médica y hospitalaria de las personas de escasos recursos que carecen de seguridad social, fue pensado como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio, sectorizado a la Secretaría de Salud; juntos Instituto y Secretaría deberán realizar acciones orientadas para alcanzar la óptima integración y articulación de todas las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Para lo cual, el Insabi, junto con las 32 entidades federativas deberán suscribir convenios de coordinación para garantizar la gratuidad de los servicios médico, hospitalarios y medicamentos que presten las instituciones públicas de salud del país; creando para tal fin el Fondo de Salud para el Bienestar, un fideicomiso sin estructura orgánica, cuyo fideicomitente es el Instituto.

Los recursos del Fondo se destinarán a la atención de enfermedades que originan gastos catastróficos, cubrir las necesidades de infraestructura médica en los estados con mayor marginación social y sufragar el costo de adquisición de medicamentos, insumos y exámenes clínicos; para lo cual, el gobierno federal destinara anualmente recursos económicos a fin de garantizar la gratuidad de los servicios de salud y medicamentos a los usuarios del Insabi.

El pasado 1º de enero inicio operaciones el Insabi, desafortunadamente las autoridades y personal del Instituto se han visto rebasados a causa de una mala planeación y logística; además, un presupuesto insuficiente que ha impedido al Instituto hacer frente a la gratuidad en los servicios que presta y medicamentos que debería surtir.

Estos primeros meses de operación del Insabi han permitido conocer la magnitud del gasto público que se requeriría para que el Insabi pueda hacer frente a la cobertura universal de salud de las y los mexicanos; es innegable que nuestro sistema de salud pública no cuenta con la capacidad logística y financiera para atender a millones de mexicanos que carecen de seguridad social.

En este sentido, la labor del Insabi habrá de ser titánica y no podrá ser resuelta en el corto y mediano plazo; sin embargo, desde el legislativo debemos trabajar en crear condiciones para aliviar el déficit que en materia de salud están padeciendo millones de mexicanas y mexicanos que hoy no pueden ser atendidos de forma óptima por los servicios públicos de salud.

No podemos ser insensibles a los reclamos por el aumento de los costos de los servicios médicos clínicos y hospitalarios que se presentaron los primeros días de 2020, ni a los cientos de denuncias y manifestaciones públicas por falta de medicamentos, especialmente los que requieren los niños con cáncer y pacientes que requieren retrovirales, diálisis, etcétera.

Si bien el objetivo del Insabi es dotar de servicios de salud y medicina a las y los mexicanos menos favorecidos, lo cierto es que ha sido este sector de la población el más afectado por la incapacidad de dicho Instituto para hacer frente al enorme desafío que implica la cobertura universal de salud.

De no crearse las alternativas viables para contribuir a disminuir el número de mexicanos que requieran hacer uso de los servicios del Insabi, este terminara colapsando.

Ya durante la aprobación del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2020, advertíamos que los recursos destinados a salud serían insuficientes para cubrir los ambiciosos objetivos del Insabi; hoy padecemos las consecuencias de actuar sin planeación, afectando la salud de los mexicanos más necesitados.

La intención es que todos los mexicanos contemos con atención y medicinas gratis, pero entre los propósitos y la realidad deben mediar estudios y planeación profesional que permitan conocer los alcances de las propuestas y la capacidad logística y financiera del sistema de salud pública.

Mientras alcanzamos, como gobierno, la capacidad logística y financiera para lograr que todos los servicios de salud y medicamentos que presten los hospitales públicos, sean gratuitos, debemos trabajar en la creación de modelos creativos y novedosos que alivien el gran déficit que nuestro país tiene en materia de salud pública.

En este orden de ideas, la atención médica de las personas mayores debe apoyarse en programas que contribuyan a aliviar la enorme carga financiera que implica para este creciente sector de la población, quienes, por obvias razones, padecen de un mayor número de enfermedades y ocupan mayores recursos -propios y públicos- para la atención médica de sus padecimientos.

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM), establece que, son personas adultas mayores las que cuenten con 60 años o más de edad; el artículo 3º de dicho ordenamiento establece:²

Artículo 3o. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

I. Personas adultas mayores. Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional;

II. a XII. (...)

Con la finalidad de contribuir al cuidado y bienestar de los adultos mayores, la LDPAM establece como uno de sus objetivos el garantizar el derecho a la salud y el acceso preferente a los servicios de salud, el artículo 5 de dicho ordenamiento señala:³

Artículo 5o. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley tiene por objeto **garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos :**

I. y II. (...)

III. De la salud , la alimentación y la familia:

a. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.

b. A tener acceso preferente a los servicios de salud , de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.

(...)

Desde la segunda mitad del siglo XX, la esperanza de vida de la población mundial ha mostrado un aumento considerablemente, en 1950 la esperanza de vida en nuestro país no alcanzaba los 50 años de edad, hoy ya rebasa los 70 años y se prevé que esta pueda seguir aumentando de forma acelerada en la próxima década, como consecuencia de los avances médicos.

Lo anterior, ha generado el colapso de los sistemas de pensión y de salud en todo el mundo; se prevé que para la mitad del presente siglo la esperanza de vida en los países desarrollados este cerca de los 100 años de edad, según las perspectivas del reporte Viviremos hasta los 100. ¿Cómo podemos pagarlo? elaborado por el Foro Económico Mundial (WEF).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé un acelerado envejecimiento de la población mundial y advierte del desafío que deberán afrontar los gobiernos para salvaguardar la integridad física y la protección de la salud de millones de adultos mayores alrededor del mundo, los estudios de la OMS señalan:⁴

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados.

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11 por ciento al 22 por ciento. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos.

Por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7 por ciento a un 14 por ciento. Por el contrario, en países como el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años.

Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes.

Por ejemplo, **entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones**. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres.

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores.

La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar lo que comemos, la actividad física que desplegamos y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas.

Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles.

Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías.

En todo el mundo, muchas personas de edad avanzada están en riesgo de ser maltratadas.

En los países desarrollados, entre un 4 por ciento y un 6 por ciento de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (por ejemplo, al no cambiarles la ropa sucia) y negarles premeditadamente una buena asistencia (como permitir que se les formen úlceras por presión). El maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración.

La necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando.

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales.

A medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de casos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer.

El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25 por ciento y un 30 por ciento de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo. **En los países de ingresos bajos y medianos los ancianos aquejados de demencia por lo general no tienen acceso a la atención asequible a largo plazo que su afección puede requerir. Muchas veces, la familia no recibe ayuda gubernamental para ayudar a cuidar de estos pacientes en casa.**

En las emergencias, las personas mayores pueden ser especialmente vulnerables.

Cuando las comunidades son desplazadas por desastres naturales o conflictos armados, puede ocurrir que los ancianos sean incapaces de huir o de viajar grandes distancias, por lo cual se los abandona. Por el contrario, en muchas situaciones estas personas pueden ser un recurso valioso para sus comunidades y en la prestación de la ayuda humanitaria cuando se involucran como líderes comunitarios.

En México la esperanza de vida para el 2050, según datos del Consejo Nacional de Población (Conapo), será de 76.67 para hombre y 82.57 para las mujeres;⁵ con lo cual una persona jubilada a la edad de 60 o 65 años, podría estar pensionada más de 15 años, tal situación pone en grave peligro la viabilidad de los sistemas de pensiones.

El siguiente cuadro de esperanza de vida al nacer, con datos del INEGI,⁶ ilustra de manera clara y precisa el problema que se nos avecina en materia de pensiones y servicios médicos de geriatría.

Fecha	Esperanza de vida - Mujeres	Esperanza de vida - Hombres	Esperanza de vida
2017	79,71	74,92	77,31
2010	78,52	73,67	76,10
2000	76,77	71,95	74,36
1990	73,83	67,91	70,84
1985	72,15	65,60	68,81
1984	71,77	65,13	68,39
1983	71,37	64,67	67,95
1982	70,94	64,21	67,50
1981	70,48	63,76	67,04
1980	69,97	63,31	66,56
1975	66,85	61,13	63,93
1970	63,71	59,10	61,37
1965	61,59	57,38	59,45
1960	59,14	55,09	57,08

El aumento en la expectativa de vida de los mexicanos, no solo habrá de impactar en los sistemas de pensión, también lo hará en la viabilidad del sistema de salud pública del estado mexicano, más aún en un sistema tan ambicioso como el que plantea el Insabi.

Es importante señalar que el grupo poblacional con mayor crecimiento es el de los adultos mayores, actualmente ya existe un importante déficit en la atención médica y hospitalaria que presta el sistema público de salud a la población de la tercera edad.

Según el artículo Perfiles económicos y comportamiento del gasto en salud de los hogares con personas adultas mayores, elaborado con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2016, muestra que los hogares con adultos mayores, ven incrementado sus gastos en salud en un 50 por ciento; asimismo, aporta evidencia de la importancia de la seguridad social en la reducción del gasto en salud en las fases avanzadas de edad.⁷

De igual manera en los resultados del artículo Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem, se señala:⁸

Tras excluir aquellos casos con datos faltantes en las variables de mayor importancia para el presente análisis, se evaluó la información de 2 672 AM fallecidos entre 2001 y 2012. La edad promedio fue de 75.6 ± 11.0 años, 51.3 por ciento fueron hombres ($n=1.371$) y 82.8 por ciento vivía en áreas urbanas (cuadro I). Se reportó una mejor salud previa a la muerte en los hombres en comparación con las mujeres ($p < 0.01$). Un total de 2 179 AM (81.5 por ciento) estaban afiliados a los servicios de salud.

El 33.7 por ciento de la población fue diagnosticada con diabetes mellitus (DM) antes de fallecer, 16.8 por ciento con enfermedad cardiaca, 16.5 por ciento con cáncer y 15.1 por ciento con enfermedad respiratoria. Las principales causas de muerte fueron la enfermedad cardiaca en 13.6 por ciento, DM en 12.7 por ciento, cáncer en 10.3 por ciento y otras causas en 56.5 por ciento de los casos (cuadro I).

Se reportó un promedio de 11.7 ± 22.6 consultas médicas durante el último año. El 70 por ciento de los AM fueron hospitalizados al menos una vez durante el último año de vida con un promedio de 12.6 ± 33.9 días de hospitalización. De ellos, 78.5 por ciento ($n=914$) se atendió en SS.

Los AM con afiliación respecto a aquellos sin afiliación tuvieron 16.56 por ciento más hospitalizaciones, estancias más largas (7.78 días), emplearon 30 por ciento más los SS y requirieron 3.47 consultas médicas adicionales ($p < 0.000$).

En los AM que fallecieron por enfermedad, ésta coincidió con aquellas comorbilidades diagnosticadas previamente. **En el caso de DM, 99 por ciento tenía conocimiento previo de esta enfermedad; de cáncer lo tuvo 91 por ciento.** El 78 por ciento reportó que había sufrido de embolia y 49 por ciento enfermedad cardiaca (cuadro II)

Con respecto al GB, la media fue de $\$6\ 255.3 \pm 18\ 500.1$. El 44.16 por ciento de la muestra no reportó GB. La población con atención ambulatoria reportó menor GB que quienes requirieron hospitalización (50.93 vs. 57.92 por ciento) ($p < 0.000$). En población con afiliación a los SS se reportó un porcentaje total menor (51.07 por ciento) respecto a los no afiliados (76.87 por ciento) ($p < 0.000$). En el caso de las personas con atención ambulatoria, 45.81 por ciento de los que contaban con afiliación incurrió en GB, en comparación con el 64.95 por ciento de quienes no contaban con afiliación ($p < 0.000$). En quienes requirieron hospitalización, el porcentaje con GB fue de 53.01 por ciento en los afiliados y de 86.02 por ciento en los no afiliados ($p < 0.000$).

El GB promedio de las personas con atención ambulatoria fue de $\$4\ 134.9 \pm \$13\ 631.3$, del cual 89.9 por ciento corresponde a gasto en medicamentos y 10.1 por ciento al gasto en consultas . Las personas con atención ambulatoria afiliadas reportan un GB promedio más alto que las personas sin SS ($\$4\ 949.5 \pm \$16\ 273.4$ vs. $\$2\ 564.34 \pm \$5\ 524.6$), diferencia que no es estadísticamente significativa.

Al analizar el GB por causa de muerte en el grupo con atención ambulatoria, se identificó que **las causas con mayor GB corresponden a cáncer, enfermedad del corazón y otra causa, mientras que la que menor GB reportó fue accidente o violencia . La única causa de muerte que presenta una diferencia estadísticamente significativa entre personas con afiliación y sin afiliación a los SS, fue la DM con un GB de \$1 510.0±\$2 061.1 y \$5 410.5±\$8 573.7, respectivamente (p?0.05) (cuadro III).**

El GB promedio de las personas con hospitalización fue de \$7 050.6±\$19 971.0, del cual 75.5 por ciento corresponde a gasto en medicamentos, 16.0 por ciento a hospitalización y 8.5 por ciento a gasto en consultas. El grupo público reporta el menor GB (\$5 540.4±\$14 697.4), seguido del grupo mix público-privado que reporta un GB promedio de \$6812.6±\$16 953.2. El grupo con el GB más elevado fue el privado, con un promedio de \$10 759.7±\$29 481.3 (datos no mostrados). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupo público y grupo privado (p?0.05), mientras que entre privado y grupo mix público-privado la diferencia fue marginalmente significativa (p=0.06), (cuadro IV).

Al analizar el GB por causa de muerte de población con hospitalización se observa que las causas con mayor GB corresponden a cáncer, DM y enfermedades cardíacas . La causa con un menor GB reportado es accidente o violencia. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos público puro y privado para todas las causas de muerte con excepción de accidentes o violencia y otra causa (p?0.05). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los otros grupos (cuadro IV).

Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) se espera que para finales de 2019 la población de adultos mayores de 60 años sea de poco menos de 14 millones de mexicanos.

En 2015 ya habían más de un millón, 102 mil mexicanos de 75 años o más, que no se encontraban afiliados a ningún tipo de servicios de salud pública.⁹

En vista del enorme reto que tendrá el Insabi para cumplir con la cobertura universal de salud es necesario trabajar en reformas legales que permitan aliviar la enorme carga de trabajo que se le avecina a dicho Instituto.

Para lo cual, la iniciativa que nos ocupa busca crear las bases para establecer y posibilitar un sistema eficiente de descuentos en servicios médicos, hospitalarios, clínicos y en medicinas en favor de las y los adultos mayores de nuestro país.

Con la aprobación de la presente iniciativa, los adultos mayores que no cuenten con seguridad social, particularmente los de menores recursos, podrán acceder a medicinas, estudios de laboratorios, prótesis y demás material médico, así como atención hospitalaria y quirúrgica, a precios preferentes, garantizando así una adecuada atención y cuidado médico humano y de calidad.

Con el fin de clarificar la propuesta de reforma, se muestra el siguiente cuadro comparativo:

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Texto Vigente)	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Texto Propuesto)
Artículo 10. Son objetivos de la Política Nacional sobre personas adultas mayores los siguientes:	Artículo 10. Son objetivos de la Política Nacional sobre personas adultas mayores los siguientes:
I a XIII (...)	I a XIII (...)
Sin correlativo	XIII Bis. Garantizar a las personas adultas mayores descuentos para su atención médica, hospitalaria y quirúrgica en establecimientos privados. adicionada.
XIV. a XXII. (...)	XIV. a XXII. (...)
Artículo 18. Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a las personas adultas mayores:	Artículo 18. Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a las personas adultas mayores:
I. a III. (...)	I. a III. (...)
Sin correlativo	III Bis. Celebrar convenios con establecimientos e instituciones privadas de salud para otorgar descuentos a las personas adultas mayores en servicios médicos, hospitalarios y quirúrgicos. adicionada.
IV. a X (...)	IV. a X. (...)
Artículo 28. Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tendrá las siguientes atribuciones:	Artículo 28. Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tendrá las siguientes atribuciones:
I. a XXVIII. (...)	I. a XXVIII. (...)
Sin correlativo	XXVIII Bis. Diseñar y celebrar convenios con establecimientos e instituciones privadas del sector salud, para la obtención de descuentos en medicinas, material de curación y quirúrgico; así como en servicios de laboratorio, médicos, hospitalarios y quirúrgicos en favor de las personas adultas mayores. adicionada.
XIX. a XXX. (...)	XIX. a XXX. (...)

Por lo anteriormente expuesto, someto a la consideración de esta honorable asamblea la siguiente iniciativa con proyecto de

Decreto por el que se adicionan una fracción XIII Bis al artículo 10; una fracción III Bis al artículo 18 y una fracción XVIII Bis al artículo 28 a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Artículo Único. Se adicionan una fracción XIII Bis al artículo 10; una fracción III Bis al artículo 18 y una fracción XVIII Bis al artículo 28 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para quedar como sigue:

Artículo 10. Son objetivos de la Política Nacional sobre personas adultas mayores los siguientes:

I. a XIII. (...)

XIII Bis. Garantizar a las personas adultas mayores descuentos para su atención médica, hospitalaria Y quirúrgica en establecimientos privados.

XIV. a XXII. (...)

Artículo 18. Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a las personas adultas mayores:

I. a III. (...)

III Bis. Celebrar convenios con establecimientos e instituciones privadas de salud para otorgar descuentos a las personas adultas mayores en servicios médicos, hospitalarios y quirúrgicos.

IV. a X. (...)

Artículo 28. Para el cumplimiento de su objeto, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores tendrá las siguientes atribuciones:

I. a XXVIII. (...)

XXVIII Bis. Diseñar y celebrar convenios con establecimientos e instituciones privadas del sector salud, para la obtención de descuentos en medicinas, material de curación y quirúrgico; así como en servicios de laboratorio, médicos, hospitalarios y quirúrgicos en favor de las personas adultas mayores.

XIX. a XXX. (...)

Transitorios

Primero. El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. La Secretaria de Salud, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores y los Institutos de Salud de las entidades federativas contarán con un plazo de 180 días para dar pleno cumplimiento al presente decreto.

Notas

1 Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, Consultada el día 22 de enero de 2020 en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_171215.pdf

2 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, artículo 3o., Consultada el día 22 de enero de 2020 en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_171215.pdf

3 Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Consultada el día 6 de diciembre de 2019 en:

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/ldpam.htm>

4 OMS. Envejecimiento y ciclo de vida, Consultada el día 26 de enero de 2020 en:

<https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

5 Indicadores demográficos de la República Mexicana, en el año 2050. Consultada el día 26 de enero de 2020 en:

http://www.conapo.gob.mx/work/models/Conapo/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html

6 INEGI. Esperanza de vida al nacimiento/ Sexo, Consultada el día 26 de enero de 2020 en:

<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

7 Perfiles económicos y comportamiento del gasto en salud de los hogares con personas adultas mayores Owen Eli Ceballos Mina, Consultada el día 27 de enero de 2020 en:

<https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/1643>

8 Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem, Consultada el día 27 de enero de 2020 en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/10146-39317-2-PB%20(1).pdf

9 Encuesta Intercensal 2015, Consultada el día 6 de diciembre de 2019 en:

<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/default.aspx>

?c=33725 .

Palacio Legislativo de San Lázaro, a 5 de marzo de 2020.

Diputado Miguel Acundo González (rúbrica)