

MÁSTER DE ESTUDIOS AVANZADOS EN SEGURIDAD SOCIAL

**IMPACTO DE LAS TRANSICIONES DEMOGRÁFICA Y
EPIDEMIOLÓGICA EN LAS PENSIONES, ATENCIÓN MÉDICA Y
PREVENTIVA EN LA POBLACIÓN USUARIA DE 60 Y MÁS AÑOS
DE EDAD, ADSCRITA A UNIDADES MÉDICAS DE LA
DELEGACIÓN ESTATAL DEL IMSS EN HIDALGO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, ATENDIENDO PROBLEMAS
PARTICULARES, CON BASE EN ESTUDIOS ESTADÍSTICOS Y
ECONÓMICOS, APLICADOS EN UN ESTUDIO DE CAMPO.**

L.A.E. Ana Lilia Aguirre Ávila

PRESENTA

Sevilla, España; diciembre 2017

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

RESUMEN

Para justificar la realización de la investigación, se procedió a iniciar con una exploración documental en los registros del **sistema de pensiones** de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales, de la Delegación estatal del IMSS en el Estado de Hidalgo, encontrándose que, al mes de junio de 2017, se han erogado por cesantía /vejez un total de 28,298 pensiones, con un importe de nómina de \$ 167,888,085.27 que representa el 77.62 % sobre el importe total delegacional por rama de aseguramiento, y el 66.77 % sobre el total de pensionados, y por otra parte se observa en las estadísticas de la Jefatura de Prestaciones Médicas, que la demanda de atención médica en las unidades de la Delegación se incrementa considerablemente, prevaleciendo las **enfermedades crónico degenerativas** en la población de 60 y más años de edad (que es el grupo en el cual se enfocó la investigación). Ante ésta situación, y como aporte derivado de los resultados de la investigación, se puede anticipar que la mejor estrategia para coadyuvar a mitigar el problema es necesario el incremento y mayor eficacia, eficiencia y efectividad en las acciones de prevención, resaltando a la educación y promoción de la salud como primordiales, y en que se necesita de capacitaciones exhaustivas a personal multidisciplinario, por considerar que pueden contribuir a evitar el impacto de las mencionadas **transiciones demográfica y epidemiológica** en las pensiones y en la contención de los costos por atención médica.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVOS	6
CAPITULO I	8
1. EL ENVEJECIMIENTO Y SU TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.	8
1.1 EL ENVEJECIMIENTO	8
1.2 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA.	8
1.3 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO.	9
CAPITULO 2	10
2. EL ENVEJECIMIENTO Y SU TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA.	10
2.1 MORTALIDAD	10
2.2 MORBILIDAD	10
2.3 OCUPACIÓN	11
2.4 PENSIONES Y JUBILACIONES	11
2.5 DISCAPACIDAD	12
2.6. CONSECUENCIAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA EN EL ESTADO DE HIDALGO	13
2.6.1 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA	13
2.6.2 TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA.	14
CAPÍTULO 3	16
3. INFRAESTRUCTURA DEL IMSS EN HIDALGO.	16
3.1 PROBLEMAS Y OPORTUNIDADES PARA RESOLVER EL PROBLEMA DE LAS PENSIONES DE PERSONAS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD	16
3.2 BAJOS INGRESOS LABORALES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYOIRES	19
3.3 DETERIORO NATURAL DE LA SALUD E INAPROPIADA CULTURA DE LA PREVENCIÓN	20
3.4 LIMITADO EJERCICIO DE DERECHOS SOCIALES	20
CAPÍTULO 4	22
4.1 RESULTADOS	22
4.2 DISCUSIÓN	42
4.3 CONCLUSIONES	61
4.4 RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFIA	63
ANEXOS	66
GLOSARIO	73

DEDICATORIA

A mi mayor motor que da la razón de mi vida: Mis Hijos: “Adrián Alejandro y Ana Fátima Guadarrama Aguirre”, a Mi Madre: “Lidia Ávila Juárez” guerrera, amiga y apoyo incondicional; Líder que siempre me guía, impulsa y nunca se cansa de estar a mi lado, Mi Padre: “Lorenzo Octavio Aguirre Rembao”.

A todos los ángeles terrenales que me ofrecieron apoyo en la obtención de información y colaboración incondicional.

Con el mayor reto de siempre hacer que me supere en el análisis de estadísticas e indicadores, Gabriel Ortega Copca.

Y por sobre todos los problemas a mi mayor Ser Supremo, que siempre confió en Mí.

GRACIAS INFINITAS

INTRODUCCIÓN

Derivado de la práctica profesional, así como de la experiencia adquirida en la Delegación Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el Estado de Hidalgo, México, se ve con preocupación e incertidumbre acerca de lo que va a ocurrir en la próxima gestión 2019-2024 (que es el cambio presidencial en México), ya que debido al crecimiento de la población adulto mayor y a la transición epidemiológica, se estima que pueden traer como consecuencia un impacto importante en las pensiones y la atención de la salud, en especial, en la población de 60 y más años de edad.

Para la investigación documental y de campo, se parte de la siguiente pregunta: ¿Cuál es y cuál será el impacto de las transiciones demográfica y epidemiológica en las pensiones, atención médica y preventiva en la población usuaria de 60 y más años de edad, adscrita a unidades médicas de la Delegación Estatal del IMSS en Hidalgo para el sexenio 2019-2024?

Dada la experiencia adquirida como trabajadora en la Delegación del IMSS en Hidalgo, y a través de observaciones parciales de situaciones relacionadas con la población de 60 y más años de edad; nos adherimos junto con diversos autores que, en efecto las transiciones demográfica y epidemiológica por su comportamiento actual que continuará, con una tendencia muy rápida hacia el alza, y de no tomar medidas acordes a las necesidades en salud de la población de 60 y más años de edad en la Delegación del IMSS en el Estado de Hidalgo, se verá afectado el sistema de pensiones, debido a que por obiedad se requerirán mayores recursos; aunado a lo anterior, lo que se espera además, es una mayor demanda de atención asistencial al IMSS, con los consecuentes costos que ello implica, no solo en dinero, sino además en los costos sociales en esta población que continua siendo desplazada del mercado laboral y otros están terminando su vida laboral y esperan vivir de su jubilación, por lo que se considera de suma relevancia reforzar las acciones de prevención.

Por la cantidad de información demográfica y epidemiológica que existe en la literatura, solo se seleccionó aquella información relevante, misma que sirvió para contextualizar el problema motivo de investigación. Durante el proceso, el énfasis estuvo dirigido hacia cinco ejes básicos, aunque no necesariamente en el mismo orden:

1. El envejecimiento y su transición demográfica en general, en México y en el Estado de Hidalgo.
2. Impacto de las transiciones demográfica y epidemiológica en el sistema de pensiones en la Delegación del IMSS en el Estado de Hidalgo.
3. Impacto de las transiciones demográfica y epidemiológica en las prestaciones médicas asistenciales en la población de 60 y más años de edad en la Delegación del IMSS en el Estado de Hidalgo.
4. Necesidades cubiertas con acciones de prevención en la población usuaria de 60 y más años de edad inscrita al IMSS en la Delegación Hidalgo.
5. Perspectivas para la mejora en el otorgamiento de las pensiones y en la atención a las personas de 60 y más años de edad.

En cada eje se describen los argumentos generales que dan contexto al problema que se plantea, por lo que en el marco teórico se incluyeron aspectos que no fueron

necesariamente de Hidalgo, pero que tuvieron un papel central para el análisis del problema, así como para la discusión, por lo tanto, la investigación no fue limitativa ni exclusiva desde un punto de vista de información para el IMSS en Hidalgo, además la estructura del trabajo es a partir de diferente literatura, la cual se considera basta, y por ello, es hasta las conclusiones donde se puntualizan algunos aspectos que pudieran incidir positivamente en el problema de las pensiones y la atención médica para el periodo 2019-2024.

Para abordar el tema de investigación, se partió de lo siguiente: “En teoría los servicios deberían estar garantizados por el Estado, ya que la seguridad social es un derecho público de observancia obligatoria y de aplicación universal, para el logro solidario de una economía autentica y racional de los recursos y valores humanos, que aseguran a toda la población una vida mejor, con ingresos o medios económicos suficientes para una subsistencia decorosa, libre de la miseria, temor, enfermedad, ignorancia, desocupación, con el fin de que en todos los países se establezca, mantenga y acrecienten el valor moral, intelectual y filosófico de su población activa, se prepare el camino para las generaciones venideras y se sostengan a los incapacitados eliminados de la vida productiva”, (García Maldonado, 1995¹).

Su finalidad será garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado, (Ibidem).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para la investigación documental y de campo, se parte de la siguiente pregunta: ¿Cuál es y cuál será el impacto de las transiciones demográfica y epidemiológica en las pensiones, atención médica y preventiva en la población usuaria de 60 y más años de edad, adscrita a unidades médicas de la Delegación Estatal del IMSS en Hidalgo para el sexenio 2019-2024?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los indicadores del impacto de las transiciones demográfica y epidemiológica en las pensiones, atención médica y preventiva en la población usuaria de 60 y más años de edad, adscrita a unidades médicas de la Delegación Estatal del IMSS en Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los indicadores del impacto de la transición demográfica en las pensiones, atención médica y preventiva en la población usuaria de 60 y más años de edad, adscrita a unidades médicas de la Delegación Estatal del IMSS en Hidalgo.

Identificar los indicadores del impacto de la transición epidemiológica en las pensiones, atención médica y preventiva en la población usuaria de 60 y más años de edad, adscrita a unidades médicas de la Delegación Estatal del IMSS en Hidalgo.

¹ García Maldonado, O. Teoría y práctica de la seguridad social, Universidad de Guadalajara, Mex, p 5, 1995.

Analizar el impacto y consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en las prestaciones médicas asistenciales y preventivas en la población de 60 y más años de edad, en la Delegación del IMSS en el Estado de Hidalgo.

Analizar y delinear acciones de promoción y educación para la salud tendientes a la mejora en el otorgamiento de las pensiones y en la atención a las personas de 60 y más años de edad.

Proponiendo acciones de prevención como estrategia para coadyuvar a mitigar el problema, siendo necesario el incremento y mayor eficacia, eficiencia y efectividad en las acciones de prevención, resaltando a la educación y promoción de la salud como primordial, y en que se necesita de capacitaciones exhaustivas a personal multidisciplinario, por considerar que pueden contribuir a evitar el impacto de las mencionadas transiciones demográfica y epidemiológica en las pensiones y en la contención de los costos por atención médica.

CAPÍTULO 1

1. EL ENVEJECIMIENTO Y SU TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA.

1.1 EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2014).

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente.

Entre los signos que determinan el envejecimiento de las personas se tienen:

- La edad física: cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones.
- La edad psicológica: cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para cada persona tiene la vejez. Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje.
- La edad social: relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social.

En demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida, que se ha llamado población adulta mayor; la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor (Gobierno del Distrito Federal, 2014).

1.2 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA.

En relación a los países latinoamericanos, éstos han experimentado profundas transformaciones en su estructura poblacional, que van en la línea de la transición demográfica, esta evolución responde a la acelerada caída de la fecundidad, que fue precedida por la reducción sostenida de la mortalidad desde fines de la primera mitad del siglo XX.

En el caso de la fecundidad, se ha observado un acelerado descenso, que ha sido uno de los más relevantes de la historia demográfica latinoamericana reciente: en sólo 55 años, los índices reproductivos de la región, que se encontraban entre los más altos del mundo, pasaron a ubicarse por debajo de la media mundial. En cuanto a la esperanza de vida, indicador global de mortalidad, se observa un aumento en los últimos 60 años, desde una esperanza de vida de 51.8 años en el quinquenio 1950-1955, hasta los 74.2 años en el quinquenio de 2010-2015. Esta cifra es menor en algunos años a la esperanza de vida de los países desarrollados (78 y 81 años), sin embargo, se ha acercado

rápidamente a ésta. Como consecuencia de lo anterior, el grupo de personas mayores de 60 años, cobra un mayor peso relativo en el total de la población, al pasar de un 5.6% del total de la región en 1950 a un 9.9% en 2010. Se proyecta que en el 2100 representará más del 35% de la población (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population División, 2009²).

1.3 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN MÉXICO.

En México, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, mostrando una inercia que cada vez se hace más notoria. En 2014, la base de la pirámide poblacional es más angosta que en 1990 debido a que la proporción de niños y jóvenes es menor, en este sentido se observa que la participación relativa de adultos mayores aumentó en este periodo de 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 se incremente a 21.5 %.

Como se observa, el número de adultos mayores duplicó su monto en las últimas décadas, pasando de 5 a 11.7 millones de 1990 a 2014. Cabe señalar que, al interior de este grupo de edad, se visualizan diversas etapas de desarrollo que marcan estilos de vida diferenciados, toda vez que se hace evidente la pérdida gradual de capacidades motrices y cognitivas conforme avanza la edad. De las personas de 60 años y más que se estimaron para 2014, 31.5% están en una etapa de prevejez (60 a 64 años); 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más). En cuanto a la estructura por sexo, se hace más evidente un mayor monto de mujeres, consecuencia de una sobremortalidad masculina que se agudiza en esta etapa de vida: en la población de 60 a 64 años, hay 112 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 130 en los que tienen 80 años y más (CONAPO, 2014³).

Una visión integral invita a reflexionar sobre los desafíos de la población que transita o transitará por esta etapa de vida. De acuerdo a las proyecciones de población que estima CONAPO, para 2025 y 2050 el monto de adultos mayores aumentará a 17.2 y 32.4 millones, respectivamente. Un enfoque de derechos obliga a mejorar la capacidad institucional (gobierno y familias) para combatir la pobreza y la desigualdad en la que viven muchos adultos mayores; mejorar la atención e infraestructura de la seguridad social (tanto en el ámbito de las pensiones como de salud); velar porque ningún adulto mayor experimente discriminación en el trabajo; que no padezcan violencia y que sus redes familiares provean los satisfactores necesarios para mejorar su calidad de vida.

² United Nations Department of Economic and Social Affairs Population División, 2009

³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Santiago de Chile, CEPAL, 2003

CAPÍTULO 2

2. EL ENVEJECIMIENTO Y SU TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

2.1 MORTALIDAD

En relación a la transición epidemiológica, y como consecuencia de la transición demográfica, el aumento en la sobrevivencia de la población ha provocado que la mayor parte de las defunciones se den en edades avanzadas. De acuerdo a las estadísticas de mortalidad, de las 602 mil muertes registradas en 2012, 61.9% correspondieron a personas de 60 años y más. Muchos de los fallecimientos en este grupo de población se producen por enfermedades crónico degenerativas, entre las que destacan: la diabetes mellitus (16.9%), las enfermedades isquémicas del corazón (16.5%), las enfermedades cerebrovasculares (7%), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.9%), las enfermedades del hígado (4.5%) y las enfermedades hipertensivas (4.3%); en conjunto, estas seis causas concentran 55.1% de los fallecimientos ocurridos en este grupo poblacional, (OPS, 2007).

Información de esta misma fuente indica que de los adultos mayores que fallecieron en ese año, 18.7% no tenía derechohabencia, por lo que en la actualidad, uno de los grandes desafíos de la política pública es ampliar su cobertura y promover la prevención y el cuidado de la salud, ya que si bien el aumento de enfermedades crónicas es atribuible al envejecimiento de la población, muchas de ellas son atribuibles a los determinantes sociales y económicos, incluso porque ellos interfieren en comportamientos y elecciones, poco saludables que hacen los individuos durante el curso de su vida (como son una nutrición deficiente, sobrepeso y consumo de tabaco y alcohol, entre otros (OPS, 2007⁴).

2.2 MORBILIDAD

En cuanto a morbilidad se refiere, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), más del 20% de la población de 60 años y más sufre algún trastorno mental o neural, siendo la demencia y la depresión los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes⁵. En la persona de edad, los factores genéticos, biológicos y sociales las alteraciones en la movilidad, la presencia de dolor, enfermedades crónicas o la experiencia de alguna pérdida –familiar, salud, dependencia, entre otros– pueden causar aislamiento, soledad y angustia, situaciones relacionadas con estos trastornos.

En México, en el año 2012, del total de los egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en los adultos mayores, 13.5% es por demencia no especificada, 13.2% por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol, y 12.3%

⁴ Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2007). Salud en las Américas

⁵ Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva No. 381.

por trastornos depresivos. Estimaciones de la OMS señalan que la depresión es la enfermedad mental que más afecta a la población, y para 2020 será el segundo padecimiento de mayor carga de morbilidad en el mundo^{6, 7}.

2.3 OCUPACIÓN

Por su parte, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), en el segundo trimestre de 2014, la tasa de participación económica de la población de 60 años y más fue de 33.7 por ciento; en los hombres es mayor (50.7%) que en las mujeres (19.4%) y su nivel disminuye conforme avanza la edad: casi una de cada dos (49%) personas de 60 a 64 años se inserta en el mercado laboral como personal ocupado o como buscador de empleo, y disminuye a 10.6% en aquellos que se encuentran en una vejez avanzada (80 años y más).

Como se observa, es poca la población que llega a una edad avanzada y tiene los recursos para ser empleador (9.1%); la mayoría trabaja por cuenta propia (50.5%), mientras que una buena proporción son trabajadores sin pago (4.9%). Estos dos últimos contextos son tipificados por organismos internacionales como “trabajo vulnerable”. Una de cada tres personas de 60 años y más (35.5%) es subordinada y remunerada y sus condiciones laborales no son del todo favorables, ya que la mitad de estos no reciben prestaciones (49.2 por ciento).¹⁸

Una forma sintética de percibir la vulnerabilidad laboral de esta población es mediante la informalidad. Datos de la ENOE indican que tres de cada cuatro adultos mayores (74.3%) se insertan al mercado laboral bajo estas condiciones. Un análisis por edad de la población que se ocupa de manera informal, permite observar que son los adultos mayores los que perciben un menor ingreso: uno de cada tres (33.5%) gana hasta un salario mínimo y uno de cada seis (16.2%) no recibe ingreso por su trabajo.

2.4 PENSIONES Y JUBILACIONES

Conforme a la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) levantada en 2013, sólo una cuarta parte de los adultos mayores se encuentran pensionados (26.1%); este porcentaje es casi dos veces mayor en los varones (35%) que en las mujeres (18.5 por ciento). Tres cuartas partes (77.8%) de las pensiones provienen del IMSS, mientras que una sexta parte (14.7%) las otorga el ISSSTE y 7.5% otras instituciones. En los hombres, 47.3% de pensionados se da por jubilación o tiempo de servicio; 43.1% por retiro, vejez o cesantía en edad avanzada y sólo 4.7% es pensionado por accidente o enfermedad de trabajo. En las mujeres esta configuración cambia radicalmente, 45.3% está pensionada por viudez, 30.6% por jubilación o tiempo de servicio y 19.2% por retiro, vejez o cesantía en edad avanzada

⁶ 20 minutos. Un estudio muestra que la depresión es ya la segunda causa mundial de discapacidad. Recuperado el 2 de septiembre de 2014, de: <http://www.20minutos.es/noticia/1968905/0/depresion/causa-segunda/discapacidad/>

⁷ organización Panamericana de la Salud [PAHO]. (2012). Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.

2.5 DISCAPACIDAD

La consecuencia del envejecimiento entonces, trae en los individuos y en especial conforme avanza la edad y en contextos sociales que no favorecen un envejecimiento sin enfermedad, y como ya se mencionó (a propósito de la mortalidad) la presencia y manifestación de deterioro físico y enfermedades crónico degenerativas, mismas, que ocasionan en las personas de 60 años y más, dificultades para desarrollar actividades de la vida diaria de manera independiente. En México según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012), del total de personas con discapacidad, 51.4% tenía 60 años o más. Este grupo de población en la actualidad, corre el riesgo de ser vulnerable cuando son personas en edad avanzada y con discapacidad de ser discriminados en cualquier ámbito y ver disminuido el pleno ejercicio de sus derechos individuales.

Información de esta misma fuente señala que 1 de cada 3 (31.6%) personas de 60 años o más tiene alguna discapacidad. Por sexo, es mayor la proporción de mujeres (56.3%) que la de hombres (43.7%) con discapacidad. Por tipo de discapacidad, la que presenta mayor proporción es la dificultad para caminar, moverse, subir o bajar (71.9%); le siguen las dificultades para ver aun usando lentes (32.1%) y oír, aun usando aparato auditivo (21.8%). Por su parte las que menos población concentran son: la limitación para poner atención o aprender cosas sencillas (4.4%) y las relacionadas con lo mental (2.1 por ciento). Por causa de discapacidad, 54 de cada 100 son consecuencia de la edad avanzada; 36 por una enfermedad (36.2%) y la causa menos reportada es por nacimiento (1 por ciento).

De ahí que las necesidades económicas o materiales y los recursos para satisfacerlas varían de acuerdo a la etapa de vida en la cual se encuentran los individuos; esto se ve reflejado en el dinero destinado a ciertas actividades cotidianas. Dentro de este contexto, del total del gasto corriente monetario trimestral en los hogares en los que hay presencia de adultos mayores con discapacidad, se destina una mayor proporción del gasto en cuidados de la salud, que en los hogares con adultos mayores sin esta condición (4.7% y 3.4%, respectivamente).

Además, se observa que en los hogares donde no hay adultos mayores con discapacidad, el gasto en transporte (20.1%) y esparcimiento (11.4%) es mayor respecto a los hogares donde si los hay (16.8 y 8.3% respectivamente), lo cual puede ser un indicador de que las personas adultas mayores con discapacidad se enfrentan a múltiples problemas de movilidad en un entorno urbano, debido a que la infraestructura no cumple con las características que necesita una persona adulta mayor con discapacidad. Lo cual se traduce en pensar en nuevas estrategias para mejorar los entornos desde diversos enfoques: urbanístico, arquitectónico, en el transporte y la comunicación (Red2Red, 2008⁸).

Según la ENIGH 2012, las principales fuentes del ingreso corriente en los hogares donde hay adultos mayores fueron el trabajo y las transferencias. De acuerdo a la condición de discapacidad, donde vive un adulto mayor sin discapacidad, dichos ingresos representaron 71.6% mientras que en los hogares donde hay al menos un adulto mayor con discapacidad su aporte fue 69.7% del total del ingreso.

⁸ Red2Red Consultores. (2008) La movilidad geográfica de las personas con discapacidad y la accesibilidad de las rutas de trabajo. Fondo Social Europeo y Fundación ONCE

Considerando el total del monto de las transferencias, resulta importante resaltar que el porcentaje de ingreso por jubilaciones es 20 puntos porcentuales menor en los hogares con al menos una persona de 60 años y más con discapacidad (40%) respecto al de los hogares donde no hay adultos mayores con discapacidad (62.1%). Situación que refleja la falta de oportunidades laborales a personas con esa condición. Circunstancia que va de la mano con el impacto que generan las enfermedades y, sobre todo, el efecto que produce la discapacidad dentro del entorno del individuo, es decir, entre las diversas adversidades que atraviesan, se encuentra la dificultad para generar ingresos monetarios. Ello se complica, en la medida que aumenta la edad y la discapacidad, ya que no existen plazas laborales adecuadas para su condición (Ramos, Ramo y Sánchez, 2013⁹).

En el artículo 4º de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores se establece la necesidad de garantizar a los adultos mayores una vida digna, con equidad, autorrealización y participación en todos los órdenes de la vida pública, siendo obligación de las instituciones gubernamentales y de las familias generar el contexto adecuado para que se cumplan estos objetivos¹⁰. Datos de la ENIGH 2012 indican que en el país hay 31.6 millones de hogares¹¹ y en tres de cada diez (30%) vive al menos una persona de 60 años y más. El 41.5% de estos hogares son ampliados¹² 39.6% son nucleares; 17.3% son unipersonales; 1.3% son compuestos²⁶ y 0.3% son corresidentes.

2.6. CONSECUENCIAS DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA EN EL ESTADO DE HIDALGO

2.6.1 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Recapitulando y especificando, se estima que un tercio del crecimiento económico de México en el último cuarto del siglo XX fue atribuible al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de mortalidad entre 1970 y 1995. Este mejoramiento en las condiciones de salud también se ha visto reflejado en los últimos años para el Estado de Hidalgo, en donde también existe un incremento en la esperanza de vida al nacimiento de 68.62 años en 1990 a 75.1 en 2013, así como la mejora de indicadores de salud poblacional como el descenso de la mortalidad infantil y la erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación.

A pesar de ello, se mantienen problemas y desafíos relacionados con el propio desarrollo de la salud y cambios demográficos con envejecimiento paulatino de la población, con aumento importante de la prevalencia de enfermedades crónicas y acumulación de ancianos enfermos con mayor sobrevida y carga de enfermedad.

⁹ Ramos. C. J., Ramo. R. S., Sánchez. N. R. (2013) Reflexión sobre la inclusión social del adulto mayor. Recuperado el 3 de agosto del 2014, de: <http://fch.mx/uabc.mx/eventos/me5cie/cd/10136.PDF>

¹⁰ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2012). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Recuperado el 11 de septiembre de 2014.

¹¹ El concepto de hogar censal difiere de la definición de hogar utilizada en otros ejercicios censales y en encuestas en hogares, el primero se define como el grupo de personas vinculadas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda; mientras que en las encuestas en hogares se refiere al conjunto formado por una o más personas que residen habitualmente en la vivienda y se sostienen de un gasto común, principalmente para alimentarse y pueden ser o no ser parientes.

¹² Hogar familiar conformado por un hogar nuclear y al menos otro pariente, o por un jefe(a) y al menos otro pariente.

La prevención y el control de las enfermedades deben enfocarse en el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional, ya que de ellos depende la buena salud de nuestra población. No puede existir progreso general sin un sistema de salud que responda a las aspiraciones de la población, la promoción de la salud constituye una estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad (Mayer-Foulkes, 2001¹³). Aun cuando la salud no es determinada solamente por los sistemas de salud, las condiciones de vida, eliminación de la pobreza y distribución de la renta, son factores esenciales para garantizar una población saludable y una vejez libre de enfermedad.

La población del Estado de Hidalgo para el año 2014 fue de 2'842,784 habitantes, y una proporción de sexo de 93 hombres por cada 100 mujeres. La población de 60 y más años de edad fueron 286,702 lo que representa el 10.09 % sobre el total.

En México, y en el Estado de Hidalgo, el nivel de ingreso y las bajas tasas de ahorro han reducido a la mayor parte de los adultos mayores a la situación de pobreza, condición que se agravará en los próximos años debido a la transformación de la pirámide poblacional que implica una mayor cantidad de adultos mayores respecto a la población total, como también debido al bajo monto de las jubilaciones. En consecuencia, resulta de suma importancia elaborar políticas públicas adecuadas que atiendan de manera efectiva a este grupo de población para enfrentar su problemática tanto en zonas urbanas como en zonas rurales.

2.6.2 TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

Precisando el concepto de transición epidemiológica, constituye un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población.

La transición epidemiológica, que va acompañada por la transición demográfica, presenta cuatro aspectos a destacar:

1. Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no transmisibles.
2. Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos jóvenes a los grupos de edad avanzada.
3. Desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante por la morbilidad, sus secuelas e invalideces.
4. Polarización epidemiológica. La polarización epidemiológica sucede cuando en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad encontramos diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población¹⁴.

En relación a la transición epidemiológica, en la actualidad en el estado de Hidalgo predominan como causas de muerte las enfermedades no transmisibles. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos, teniendo en vista la organización de los sistemas de salud actuales. Con un fuerte primer nivel se puede cuidar para que no se lleve a un mayor deterioro, que las infecciones comunes, los

¹³ Mayer-Foulkes (2001), citado por CMMS (2000).

¹⁴ Judith A. Owen, Jenni Punt, Sharon A. Stranford. *Inmunología*. Mc Graw Hill Education. p. 792. ISBN 978-607-15-1126-3

problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, que en el siglo XX fueron las principales causas de defunción¹⁵.

Es la mortalidad un indicador ascendente en la población de 60 y más años de edad. Dentro de esta mortalidad general, nueve de las diez principales causas de defunción que para el año 2012 concentran el 55.8% de las muertes en mujeres y hombres, comparten factores de riesgo similares, destacando dentro de ellos sobrepeso, obesidad, sedentarismo, malos hábitos alimenticios, tabaquismo, colesterol elevado y la hipertensión arterial, las cuales son: enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, cirrosis y otras enfermedades crónicas tal de la población. Todas ellas pueden ser controladas desde el primer nivel de atención, que tienen el objetivo de ser preventivas.

La diabetes mellitus es una enfermedad de alta prevalencia en el estado y es uno de los mayores retos que enfrenta el Sistema Estatal de Salud. En 2012 fue la segunda causa de mortalidad en hombres y mujeres; es una de las principales causas de demanda de atención en consulta externa y de hospitalización, lo que significa decir que los enfermos no están controlados, y esa es la gran disyuntiva de salud, así como de las enfermedades que consumen alto porcentaje del gasto en las instituciones públicas del sector salud. Además, incrementa el riesgo de morir por diversos padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal; así mismo es la causa más importante de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera.

Las enfermedades del corazón afectan tanto a mujeres como a hombres, ocupando en 2012 el primer lugar como causa de mortalidad, en estas enfermedades destaca la cardiopatía isquémica y tiene como factores de riesgo el consumo excesivo de grasa de origen animal, el sobrepeso, el tabaquismo, el sedentarismo, el estrés y la diabetes.

La enfermedad cerebrovascular, suele ser muy grave y frecuentemente termina con muerte prematura. La hipertensión arterial, además, por sí misma es una enfermedad y factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares e insuficiencia renal, las causas que le favorecen son la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sal y el consumo excesivo de alcohol.

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles están la hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II, estos padecimientos ocupan el quinto y octavo lugar de demanda de atención con tasa de 3,108 y 1,844 respectivamente por cada 100 mil habitantes mayores de 65 años, ocupando el 18.5% del total de la demanda de atención. Para afrontar el problema de la transición epidemiológica, la Delegación del IMSS en Hidalgo presenta a grandes rasgos su estructura de recursos para la atención médica.

¹⁵ Programa Nacional de Salud 2007– 2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud. México. 2007. p23.

CAPITULO 3

3. INFRAESTRUCTURA DEL IMSS EN HIDALGO

UNIDADES DE PRIMER NIVEL. El Instituto Mexicano del Seguro Social en su Régimen Ordinario tiene 14 Unidades de Primer Nivel, 4 en la región Pachuca, 3 en la región Tulancingo, 4 en la región Tula, 1 en la región Sahagún, Tepeji del Río y Tizayuca.

UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL. Las unidades de segundo nivel que existen en el estado hacen un total de 6, una en cada región; 4 Hospitales de Zona con Medicina Familiar, 1 Hospital General de Zona y 1 Hospital General de Sub-Zona.

El IMSS en su Régimen Ordinario cuenta con 6 hospitales a través de los cuales otorga atención médica especializada a su población derechohabiente, en todos ellos a excepción del ubicado en Cd. Sahagún, se cuenta con las especialidades troncales de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría.

El Hospital General de Zona y Medicina Familiar Pachuca, es el hospital de mayor concentración en esta institución, debido a que dentro de los servicios que otorga, cuenta con especialidades de 2do.nivel y 3er. nivel de atención, con más especialidades médicas a las troncales como son: Dermatología, Oftalmología, Cardiología, Cirugía Maxilofacial, Nefrología, Hematología, entre otras; a este hospital se refieren a los derechohabientes de todo el estado que requieren de este tipo de atención.

Especialidades: Cardiología, cirugía general, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía reconstructiva, dermatología, gastroenterología, gineco-obstetricia, hematología, infectología, medicina física y rehabilitación, medicina interna, medicina del trabajo, nefrología, neumología, neurología, neurocirugía, oftalmología, oncología, otorrinolaringología, pediatría médica, psiquiatría, ortopedia y traumatología, urología (Gobierno de Hidalgo, 2014)¹⁶.

3.1 PROBLEMAS Y OPORTUNIDADES PARA RESOLVER EL PROBLEMA DE LAS PENSIONES DE PERSONAS DE 60 Y MÁS AÑOS DE EDAD

Derivado de los indicadores de las transiciones demográfica y epidemiológica, surgen entonces otras preguntas:

¿A qué problemas para cubrir las pensiones por vejes y cesantía se enfrenta y se enfrentará la Delegación del IMSS en Hidalgo en el próximo sexenio 2019-2024, derivados del impacto del crecimiento poblacional y de la transición epidemiológica de mayores de 60 años de edad? y ¿qué estrategias pueden implementarse para contener acciones asistenciales y los costos correspondientes a través de acciones de prevención?

Actualmente, las políticas laborales han dirigido la oferta de trabajo hacia las personas de menor edad, por tanto, existe una subutilización o desplazamiento de la fuerza de trabajo que representan los adultos mayores, provocando que este grupo de edad no cuente con un ingreso permanente, o bien, que no haya concluido el periodo mínimo necesario para contar con una pensión, lo que acentúa su dependencia funcional de terceros (familiares, amigos, comunidad o instituciones públicas).

¹⁶ Gobierno del Estado Hidalgo. Diagnóstico Sectorial de Salud 2014

Este hecho (a excepción de las AFORES y ayuda a los adultos mayores por parte del estado), aunado a la carencia histórica de instituciones formales para el ahorro¹⁷, así como a una falta de cultura para el mismo, pero con el planteamiento siguiente, ¿Cómo esperar una cultura de ahorro si las personas viven en pobreza, con bajos salarios y muchas carencias? y a los bajos ingresos que apenas alcanzan para sobrevivir, principalmente en zonas rurales, provoca que al término de la vida laboral este grupo poblacional no cuente con los ahorros mínimos necesarios para tener una vida digna (es decir, fuera de la pobreza) al final de su etapa laboral.

Por otro lado, el sistema de protección social en México está compuesto por la seguridad social y los programas de asistencia social. Los mecanismos de seguridad social son aquellos en los que los participantes pagan al sistema una serie de contribuciones que pueden retirar en el momento en el que cumplan ciertas condiciones¹⁸. Los programas de asistencia social se componen de transferencias gubernamentales dirigidas a ciertos sectores de la población que no están cubiertos por el sistema de seguridad social¹⁹. Bajo este esquema, existe solamente un 51.2% de adultos mayores afiliados a la seguridad social, 23.5% que cuentan con algún tipo de asistencia social de gobierno y 25.3% que no cuentan con ninguna de las dos modalidades y, por tanto, están fuera del sistema²⁰. Al mismo tiempo, las redes de apoyo familiar y social, por su escasez e insuficiencia tampoco alcanzan a evitar los riesgos que enfrentan los adultos

Es de señalar que, las condiciones adversas de los adultos mayores no afectan únicamente a los adultos de 60 y más años de edad, sino también a los hogares en los que residen. El hecho de que los hogares en condiciones de pobreza no cuenten con los recursos necesarios para enfrentar gastos en situaciones catastróficas, da lugar a que tengan que deshacerse de sus bienes teniendo una disminución irrecuperable de sus activos ante gastos imprevistos, en hogares con pobreza y que no logran acceso a los servicios de Salud, cualquier problema de salud en cualquier edad lleva a gastos grandes para las familias. Por lo que estos hogares aumentan su posibilidad de caer en condiciones de pobreza o de perpetuar la transmisión intergeneracional de la misma, la marginación y el rezago.

Hasta el momento actual se ha llegado a la conclusión de que la exigua cobertura de los sistemas de pensiones, el limitado acceso a los servicios de salud de calidad y la escasa cultura de prevención de enfermedades, son factores que agravan la vulnerabilidad resultante de la caída del ingreso al final de la vida productiva y la dependencia debido a

¹⁷ Instituciones formales de ahorro son todas aquellas instituciones que se encuentren bajo la supervisión y regulación de las autoridades gubernamentales y que tienen la facultad de captar recursos por parte del público y fondear con ellos proyectos. Como ejemplos están la banca formal y las cajas de ahorro. Hernández (2003).

¹⁸ En el actual sistema de pensiones, las condiciones que se deben cumplir son al menos 1250 semanas de cotización (aproximadamente 25 años de trabajo) y tener como mínimo 60 años de edad, acorde con la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE

¹⁹ Banco Mundial, 2005

²⁰ Cálculos de la Dirección General de Análisis y Prospectiva (DGAP) de la SEDESOL, con base en la ENIGH 2008. Seguridad social incluye: IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, PEMEX, Defensa o Marina y Otros. Asistencia social corresponde a IMSS-Oportunidades y Seguro Popular.

las enfermedades crónicas y la reducción de la funcionalidad de las personas adultas mayores.

Acorde con la problemática anteriormente planteada, las personas adultas mayores que permanecen en el mercado laboral son principalmente aquéllos sin pensión ni jubilación contributiva, quienes trabajan por cuenta propia o en el sector informal en actividades que generan bajas remuneraciones. Segundo, la proporción de adultos mayores que no reciben ingresos por concepto de pensión o jubilación es alta debido a la escasa y desigual cobertura de los sistemas de pensiones, situación generada por un esquema de seguridad social vinculado directamente a la condición laboral del individuo, lo cual privilegia a los trabajadores en el sector formal de la economía.

Por otro lado, el deterioro natural de la salud vinculado a las edades avanzadas se acelera debido a factores como el limitado acceso de las personas adultas mayores sin pensión ni jubilación a los servicios de salud de calidad, asimismo el deterioro de la salud podría agravarse por la inapropiada cultura de prevención de enfermedades por parte de los individuos y las limitadas acciones de medicina preventiva por parte de las instituciones de salud.

El aumento de este grupo poblacional es un tema que captura la atención de la sociedad, debido principalmente a la vulnerabilidad que surge con la caída del ingreso al final de la vida productiva y con la dependencia que resulta de las enfermedades crónicas, la discapacidad y la reducción de la funcionalidad. Dicha vulnerabilidad se agrava debido a que el sistema de pensiones deja fuera a un número importante de adultos mayores, quienes no cuentan con acceso a los beneficios que otorgan las instituciones de seguridad social y no necesariamente cuentan con acceso a los servicios de las instituciones de salud, ya sean públicos o privados.

La vulnerabilidad de las personas adultas mayores debería mitigarse con el acceso a la seguridad social. De acuerdo con el artículo 2 de la Ley del Seguro Social, en México la seguridad social “tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado²¹.”

En particular, las pensiones son instrumentos de ahorro vinculados al salario del individuo durante su vida laboral, que contribuyen a contener la disminución del ingreso en la vejez. En México existen dos tipos de pensiones, las contributivas y las no contributivas. Las instituciones que otorgan pensiones contributivas son principalmente el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales a los Trabajadores del estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y los sistemas de seguridad social estatales²². De los aproximadamente 7 millones de adultos mayores contabilizados en el Censo de 2010, 1.3 millones de ellos eran pensionados o jubilados,

²¹ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión [en línea]: Ley del Seguro Social [Fecha de consulta junio de 2013].

²² Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012), Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012, México, D.F. CONEVAL.

es decir, 5.7 millones de adultos mayores no percibían ingresos por concepto de pensión o jubilación contributiva²³.

En México, también existe una amplia y compleja multiplicidad de sistemas de pensiones²⁴, que incluye sistemas especiales para trabajadores privados, empleados del gobierno federal, gobiernos estatales y empresas paraestatales, así como regímenes especiales para las universidades públicas, la banca de desarrollo y los municipios²⁵. Las reformas de los sistemas de pensiones, del IMSS en 1995 y del ISSSTE en 2007, se concentraron en garantizar la viabilidad financiera del sistema de jubilaciones, sin embargo, aún queda pendiente instrumentar medidas que amplíen la cobertura a la población con menores ingresos o que no está incorporada a un trabajo que cuente con estas prestaciones, así como la integración de los múltiples regímenes en un sistema universal y nacional de pensiones y jubilaciones equitativo²⁶.

En efecto, entre las áreas de oportunidad de las pensiones contributivas se encuentra el reto que representa contar con un sistema de seguridad social vinculado a la participación de los individuos en el mercado laboral formal, lo cual da lugar a una insuficiente protección social ante la existencia de amplios sectores de la población que trabajan en mercados informales. Los resultados muestran que las pensiones o la jubilación contributiva en México tienen mayor cobertura en zonas urbanas que en zonas rurales.

3.2 BAJOS INGRESOS LABORALES DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

En los países desarrollados, el ingreso por concepto de pensión o jubilación es la principal fuente de ingreso durante la vejez. De hecho, entre los factores que influyen en la decisión de los individuos de retirarse del mercado laboral se encuentra el tener acceso a la seguridad social y contar con un seguro de salud una vez que se deja de trabajar²⁷.

Por otra parte, en México y, en general, en América Latina las tasas de participación de las personas adultas mayores en los mercados laborales son superiores a las observadas en los países desarrollados. De acuerdo con información de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para 2010, en nuestro país la tasa de participación de las personas adultas mayores se ubicó en 39 por ciento. Si sólo se considera la tasa de participación de los varones en el mercado laboral, ésta alcanza 58.3 por ciento, cifra que resulta superior a las tasas de participación de las personas adultas mayores en

²³ Esta estimación de la población de adultos mayores y su clasificación por condición de jubilación proviene de la información del Censo 2010, más adelante se proporcionarán estimaciones derivadas de otras fuentes de información.

²⁴ Solís, Fernando (2001). Los sistemas de pensiones en México, la agenda pendiente. Instituto para el Desarrollo Técnico de las Haciendas Públicas.

²⁵ Azuara, Oliver (2005), “Análisis económico de la pensión universal en México. Del populismo a la realidad fiscal”, Documento de trabajo, Centro de Investigación para el Desarrollo (CIDAC), julio.

²⁶ Rubio, Gloria y Garfias, Francisco, “Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Serie Políticas Sociales No 161. Santiago de Chile.

²⁷ Conferencia Interamericana de Seguridad Social (2005), Mercado Laboral y Seguridad Social en Una Sociedad que Envejece: Un Resumen para México, Documento de Trabajo 0503, CISS, noviembre 2005.

Estados Unidos y Canadá, y muy por encima de las tasas correspondientes a Francia y España²⁸. Las altas tasas de participación de las personas adultas mayores en los mercados laborales de América Latina, en comparación con las tasas de participación en los países desarrollados, se explican porque la edad de jubilación es mayor, los esquemas de pensiones son menos generosos y la cobertura de éstos es menor²⁹. Ante esta situación los individuos deciden permanecer más tiempo en el mercado de trabajo.

Por lo anterior, los problemas de salud de las personas adultas mayores se reflejan en las causas por las que fallecen. Las principales causas de muerte en personas de 60 años en adelante y como ya se ha citado anteriormente, son las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos. Las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres. En las causas de muerte se reflejan las consecuencias de los estilos de vida y el impacto de las enfermedades propias de cada género. En el caso de los hombres, la diabetes mellitus es la segunda causa de mortalidad, mientras que en las mujeres este padecimiento no se encuentra entre las diez principales causas de fallecimiento. En las mujeres la desnutrición calórico-proteica y el tumor maligno del cuello del útero aparecen entre las principales causas de mortalidad, mientras que entre los hombres figura la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, así como el tumor maligno de próstata.

3.3 DETERIORO NATURAL DE LA SALUD E INAPROPIADA CULTURA DE LA PREVENCIÓN

Si bien las enfermedades crónicas degenerativas se presentan o se agravan en la vejez, de acuerdo con la OMS estas afecciones frecuentemente son consecuencias de factores de riesgo comunes y modificables, por ejemplo, la alimentación poco saludable, la inactividad física, el consumo de alcohol o tabaco, y la ausencia de control y prevención de complicaciones de enfermedades. Las consecuencias de dichos factores de riesgo en el estado de salud de las personas adultas mayores confirman la relevancia que tiene una adecuada cultura de prevención puesta en práctica antes de llegar a edades avanzadas³⁰.

3.4 LIMITADO EJERCICIO DE DERECHOS SOCIALES

La Ley General de Desarrollo Social (LGDS) establece en su artículo sexto como derechos sociales para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo, la seguridad social y todo lo relativo a la no discriminación. Considerando esta legislación, la metodología de medición de la pobreza multidimensional en México establece que una persona está imposibilitada para ejercer uno o más derechos cuando presenta carencia en al menos uno de los seis indicadores establecidos en la propia LGDS: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación.

²⁸ El análisis de la evolución de las tasas de participación el mercado laboral, iniciando en 1960, muestra que en nuestro país las tasas de participación de los adultos siguieron una tendencia descendente, aunque han permanecido por encima de las tasas de participación de los adultos mayores en países como Canadá y Estados Unidos. Ver Conferencia Interamericana de Seguridad Social (2005), Mercado Laboral y Seguridad Social en Una Sociedad que Envejece: Un Resumen Para México, Documento de Trabajo 0503, CISS, noviembre 2005

²⁹ Paz, Jorge A. (2010) "Envejecimiento y Empleo en América Latina y el Caribe", Organización Internacional del Trabajo, Departamento de Políticas de Empleo, Documento de Trabajo No. 56, Ginebra Suiza.

³⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS): Envejecimiento y ciclo de vida, 2013

En materia de ejercicio de los derechos sociales, existe una brecha amplia entre las personas adultas mayores sin pensión ni jubilación y aquellos que cuentan con este beneficio. En efecto, las carencias sociales en el primer y segundo grupo de adultos mayores presentan las siguientes prevalencias. Rezago educativo, 75.1 y 41.4 por ciento; carencia por acceso a los servicios de salud, 34.9 y 2.2 por ciento; carencia por acceso a la seguridad social, 39.1 y cero por ciento;42 carencia por calidad y espacio de la vivienda, 13.2 y 2.9; carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda 20.6 y 4.2; carencia por acceso a la alimentación 25.5 y 10.1.

En consecuencia, 87.2 y 37.4 por ciento de las personas adultas mayores sin pensión ni jubilación tienen al menos una y al menos tres carencias sociales, respectivamente. Mientras que, entre la población de adultos mayores con pensión o jubilación, 47.7 y 1.6 por ciento presentan al menos una y al menos tres carencias sociales, respectivamente.

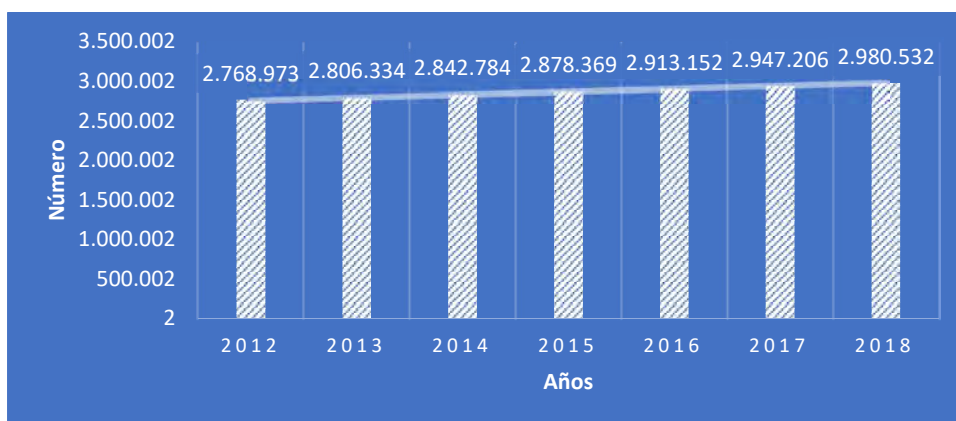
Lo anterior es preocupante dada la transición demográfica en México que como repetidas veces se ha mencionado, se caracteriza por el crecimiento de la población de personas adultas mayores, en comparación con otros grupos poblacionales. Entre las causas del envejecimiento de la población destacan la paulatina disminución de la tasa de natalidad y el aumento progresivo de la esperanza de vida debido al mejoramiento en el control de enfermedades epidémicas, a los avances médicos y a las mejoras en las condiciones generales de alimentación e infraestructura, procesos que se dan de forma desigual, debido a la estructura de clase social, la concentración de la renta y la pobreza. Precizando aún más, el comportamiento de la pirámide poblacional sintetiza adecuadamente el proceso de envejecimiento demográfico: en 2010 la base de la pirámide es más angosta que en 1990, debido a que la proporción de niños y jóvenes de hasta 15 años es más pequeña, por su parte el porcentaje de la población de 30 a 64 años aumentó, mientras que la población de 65 años o más también incrementó su proporción, lo cual se refleja en un ensanchamiento de la parte superior de la pirámide. Este proceso continuará al menos hasta el año 2050.

CAPÍTULO 4

4.1 RESULTADOS

Para ilustrar y objetivar los aspectos teóricos y conceptuales, se presentan algunos de los hallazgos detectados durante la investigación de campo, aclarando que solo se presenta aquella información contenida en fuentes oficiales y corresponden al Estado de Hidalgo, y en lo específico del IMSS de la Delegación Estatal en Hidalgo.

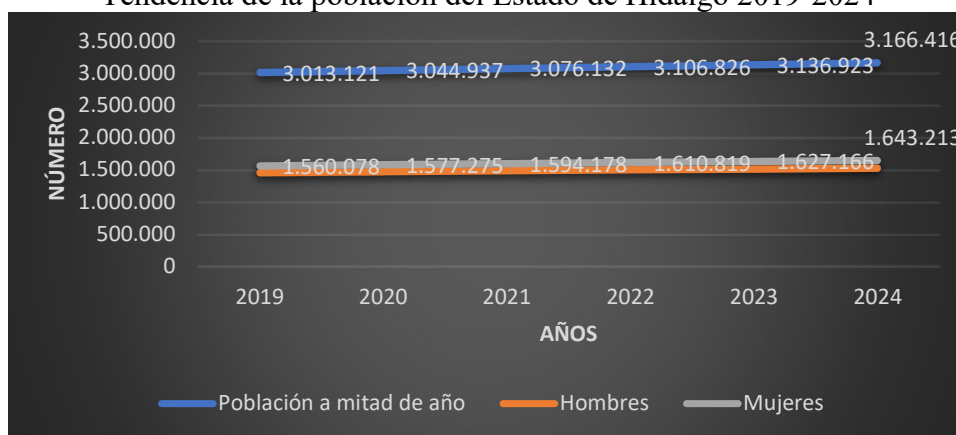
Población del Estado de Hidalgo 2012-2018



Fuente: INEGI

La población general del Estado de Hidalgo, presenta una tendencia creciente equivalente al 7.64 % de 2012 a 2018, lo que significa que en el sexenio de 2019 a 2024 la población llegará a 3,174,267 personas.

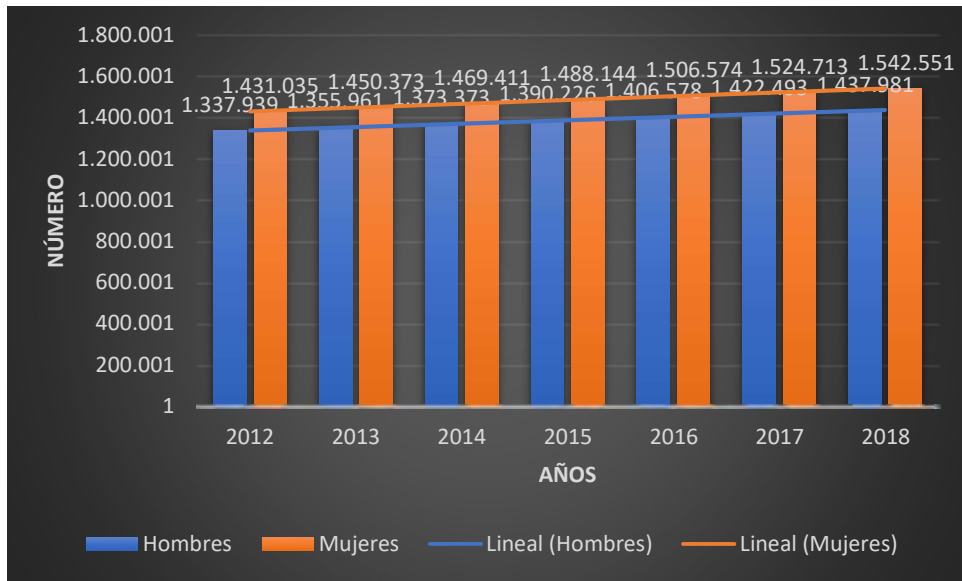
Tendencia de la población del Estado de Hidalgo 2019-2024



Fuente: INEGI

La población del Estado de Hidalgo continuará con un crecimiento sostenido y lineal, siendo mayor la tendencia de las mujeres con respecto a los hombres

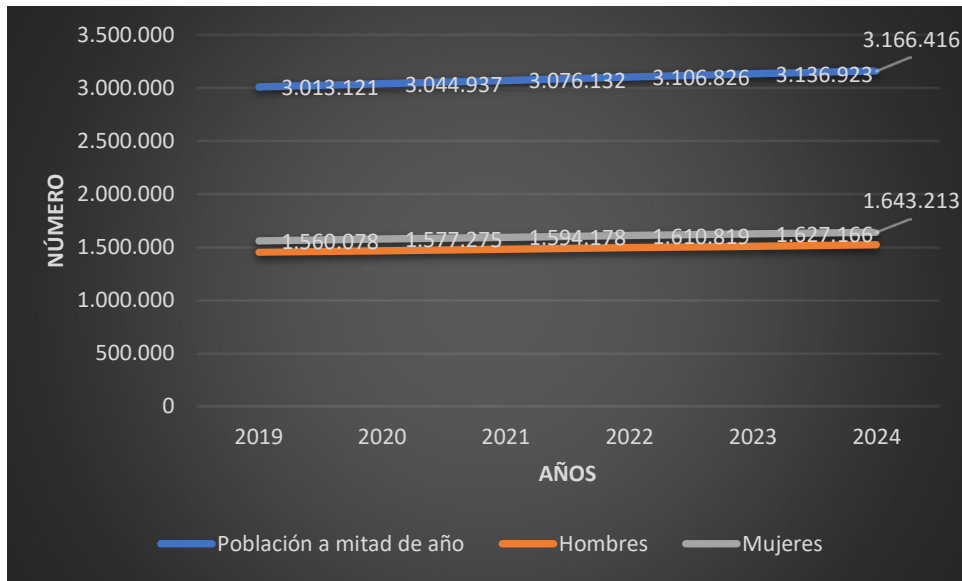
Población del Estado de Hidalgo según género 2012-2018



Fuente: INEGI

Por su parte, la población del género femenino presenta la misma tendencia creciente, representando el 51.75 % en relación a la población total del Estado de Hidalgo

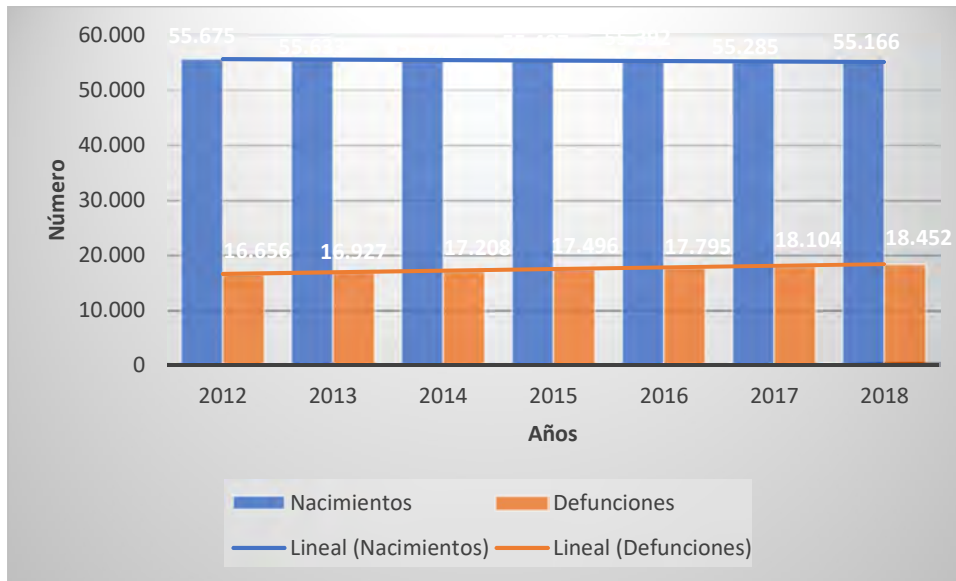
Tendencia de la población del Estado de Hidalgo según género 2019-2024



Fuente: INEGI

Así también se estima que la población del Estado de Hidalgo continuará con un crecimiento sostenido y lineal para los años 2019-2024, siendo mayor la tendencia de las mujeres con respecto a los hombres.

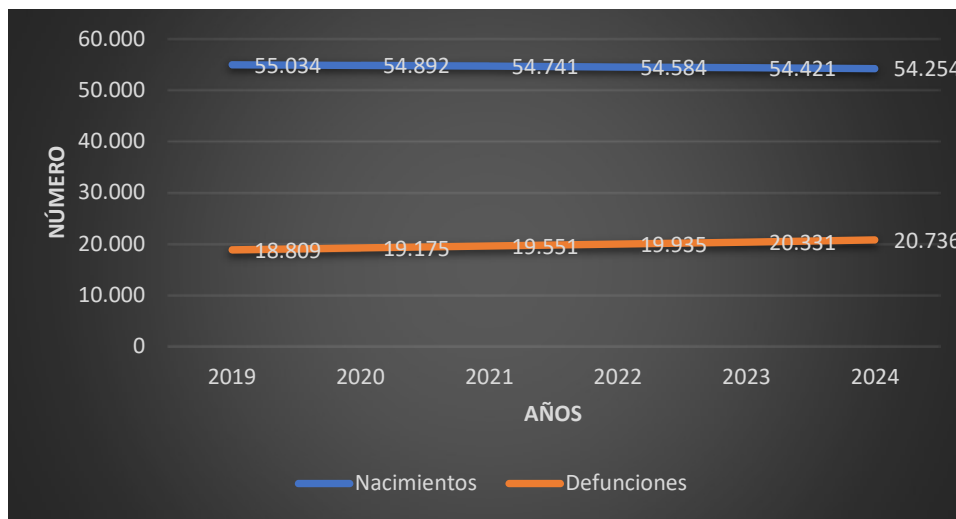
Nacimientos y defunciones en el Estado de Hidalgo 2012-2018



Fuente: INEGI

En la tendencia demográfica en términos de cifras absolutas, intervienen las variables de nacimientos y defunciones ocurridas, y que presentan tendencia decreciente en el primer caso, y tendencia creciente en el caso de las defunciones

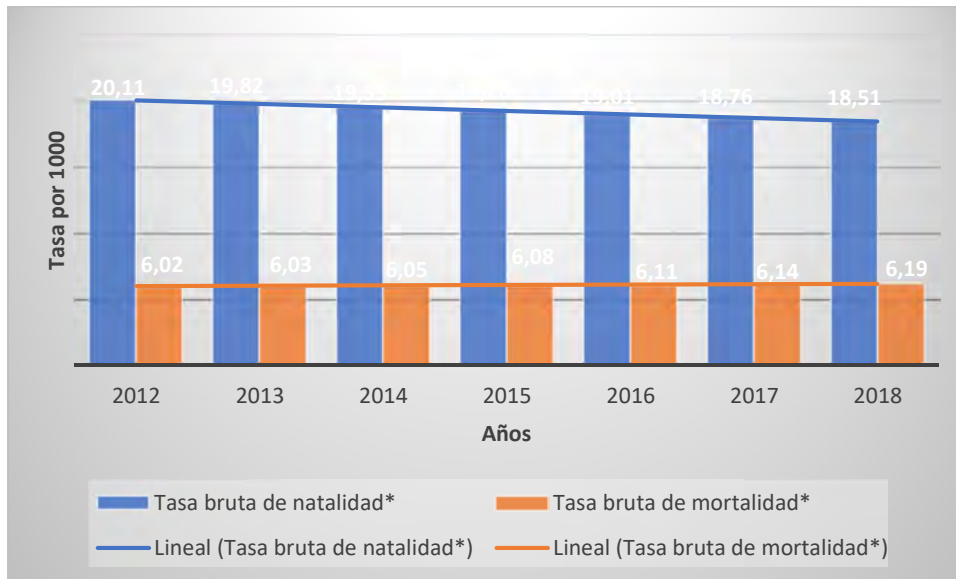
Tendencia de los nacimientos y defunciones en el Estado de Hidalgo 2019-2024



Fuente: INEGI

La tendencia de las variables de nacimientos (a la baja), y defunciones (al alza), en el Estado de Hidalgo continuarán con el mismo comportamiento en los años 2019-2024.

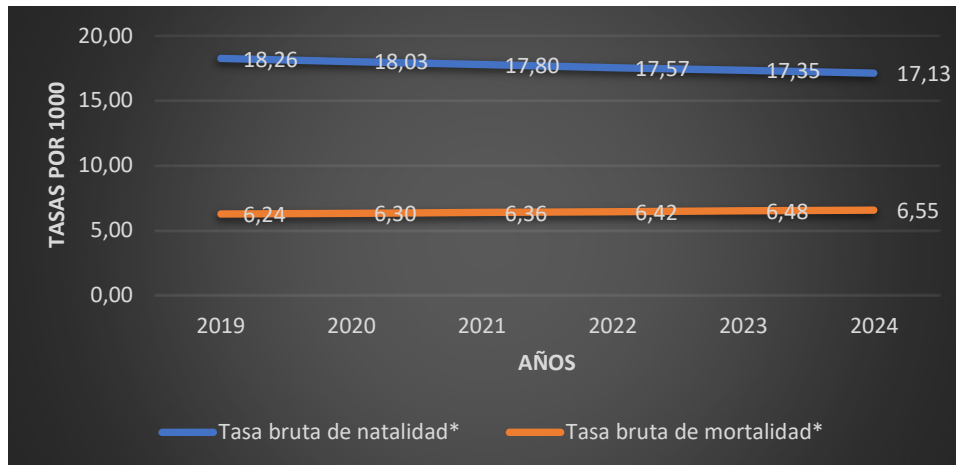
Tasas brutas de natalidad y de mortalidad en el Estado de Hidalgo 2012-2018



Fuente: INEGI

En la tendencia demográfica en términos de tasas por 1000, se observa el mismo fenómeno de decrecimiento en los nacimientos e incremento en la mortalidad, lo que está asociado con una mayor esperanza de vida al nacimiento

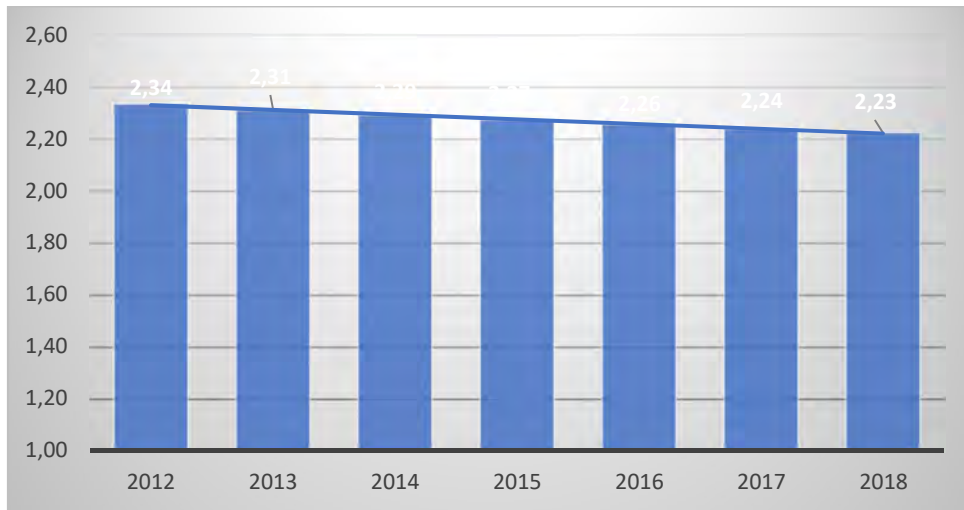
Tendencia de las tasas brutas de natalidad y de mortalidad en el Estado de Hidalgo 2019-2024



Fuente: INEGI

Las tasas de natalidad (a la baja), y las de mortalidad (al alza), se espera tendrán la misma tendencia proporcional para los años 2019-2024.

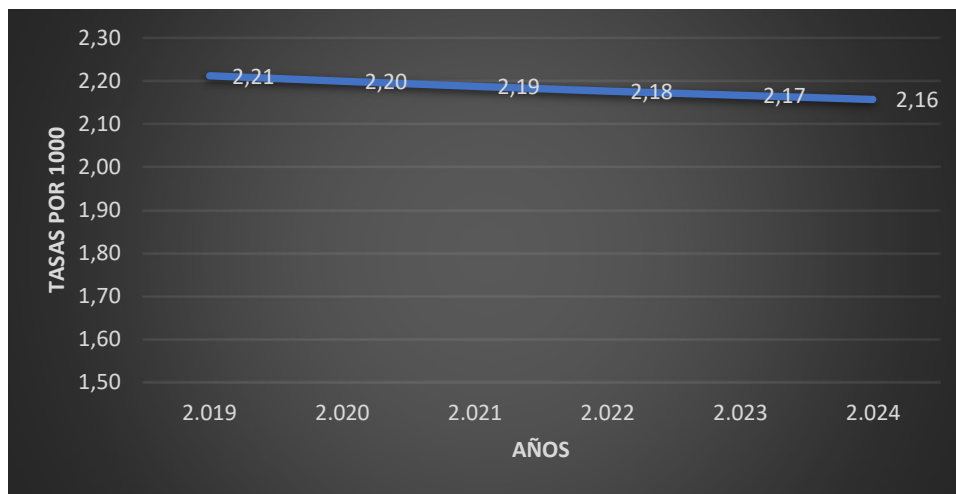
Tasa global de fecundidad en el Estado de Hidalgo 2012-2018



Fuente: INEGI

Por otra parte, también la tasa global de fecundidad presenta una tendencia descendente de 2012 a 2018, y que se considera continuará en la misma proporción para el sexenio 2019-2024

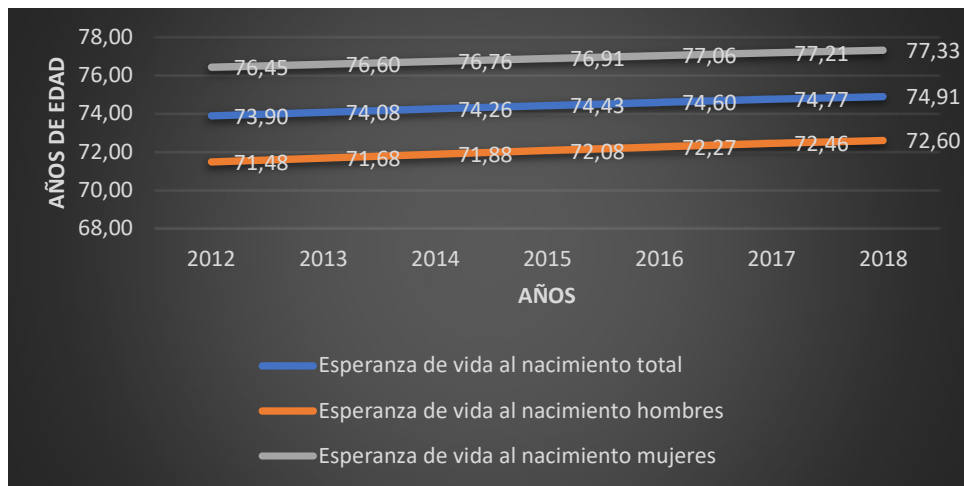
Tendencia de la tasa global de fecundidad en el Estado de Hidalgo 2019-2024



Fuente: INEGI

En efecto, las tasas de fecundidad presentarán una tendencia descendente en el sexenio 2019-2024.

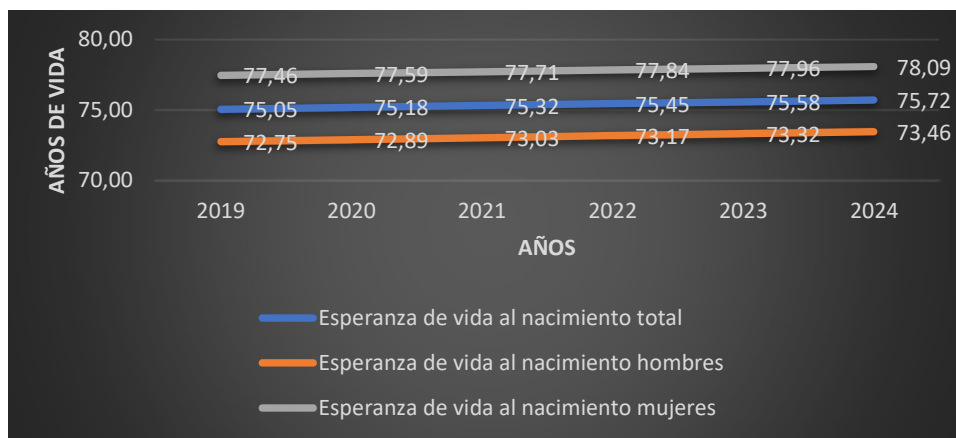
Esperanza de vida al nacimiento (años de vida) en el Estado de Hidalgo 2012-2018



Fuente: INEGI

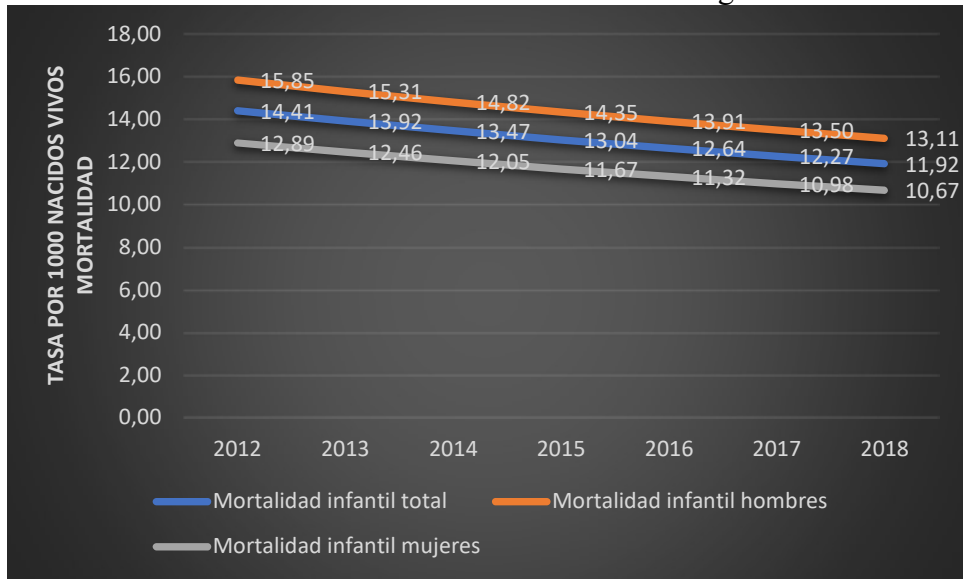
Como consecuencia de la transición demográfica, las tendencias de la población general, por género, nacimientos, defunciones y fecundidad, determinan que la esperanza de vida al nacimiento también registre la tendencia al incremento, siendo mayor la expectativa de vida para las mujeres (4.73 años más) con respecto a los hombres

Tendencia de la esperanza de vida al nacimiento (años de vida) en el Estado de Hidalgo 2019-2024



Fuente: INEGI

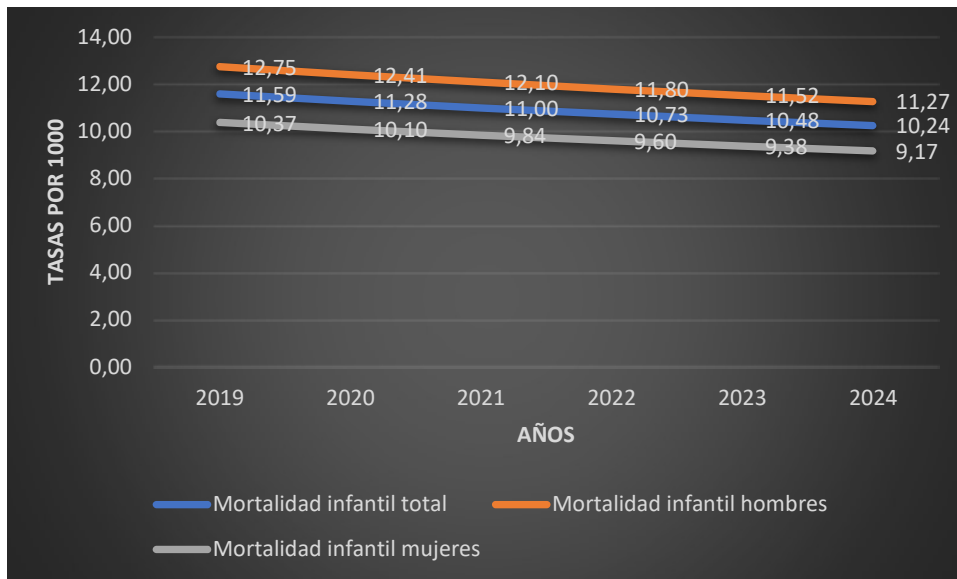
Tasas de mortalidad infantil en el Estado de Hidalgo 2012-2018



Fuente: INEGI

El cambio demográfico se ve reflejado en la fuerte disminución de la mortalidad infantil que tan solo de 2012 a 2018 disminuyó en un 17.28 %

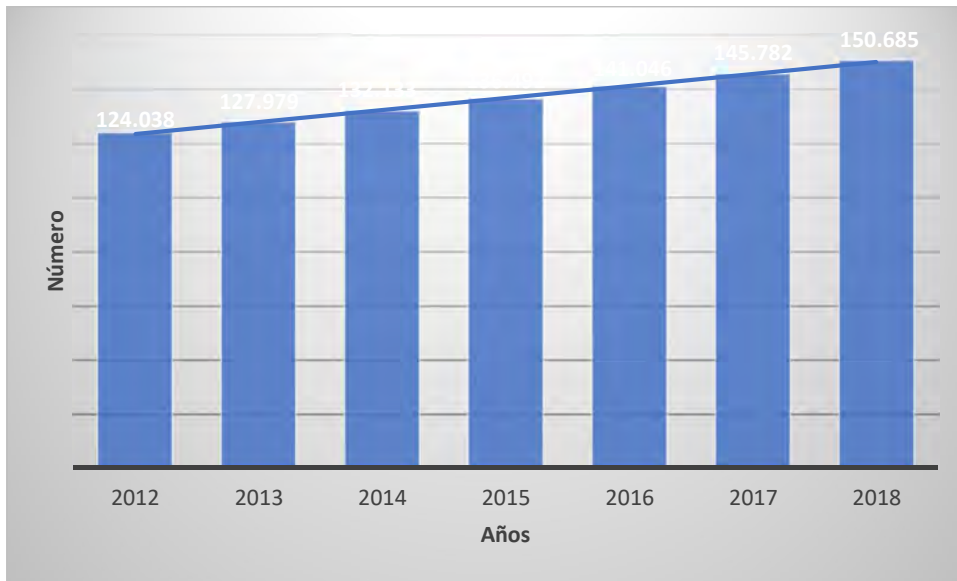
Tendencia de las tasas de mortalidad infantil en el Estado de Hidalgo 2019-2024



Fuente: INEGI

En las tasas de mortalidad infantil de 2019 a 2024 se prevé un decremento del 11.64 % y a la inversa de los nacimientos dicha mortalidad infantil es superior en los hombres.

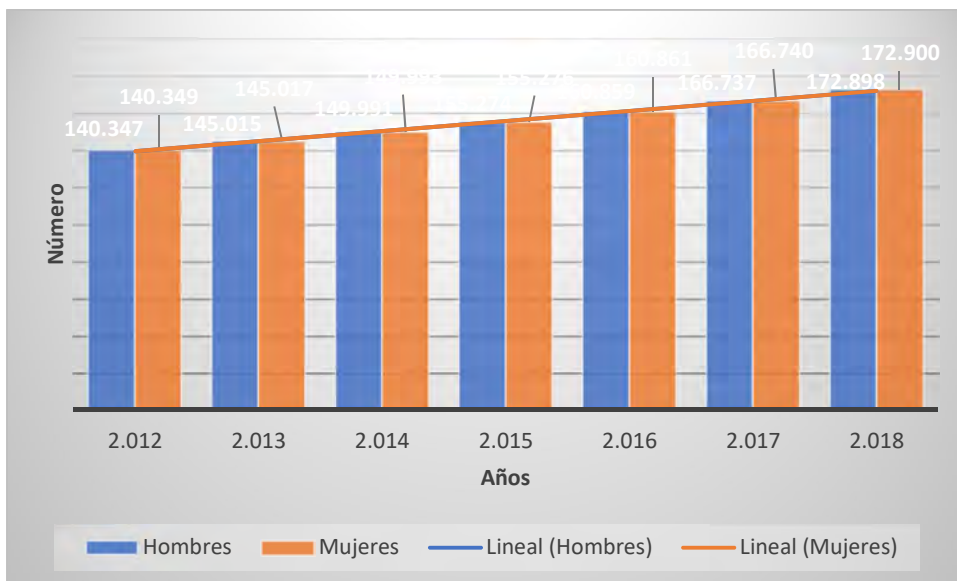
Población de 60 y más años de edad en el Estado de Hidalgo 2012-2018



Fuente: INEGI

En relación a la población de 60 y más años de edad, de 2012 a 2018 tuvo un crecimiento en tan solo 7 años del 21.48 %. con cifras prácticamente similares al analizarla por género

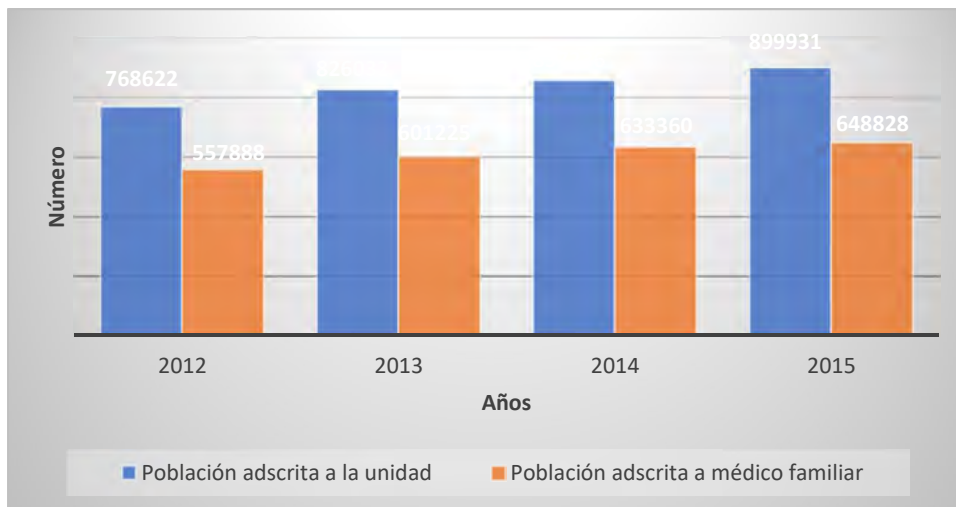
Población de 60 y más años de edad por género en el Estado de Hidalgo 2012-2018



Fuente: INEGI

Las cifras de la población de 60 y más años de edad prácticamente son similares al analizar el comportamiento de acuerdo al género.

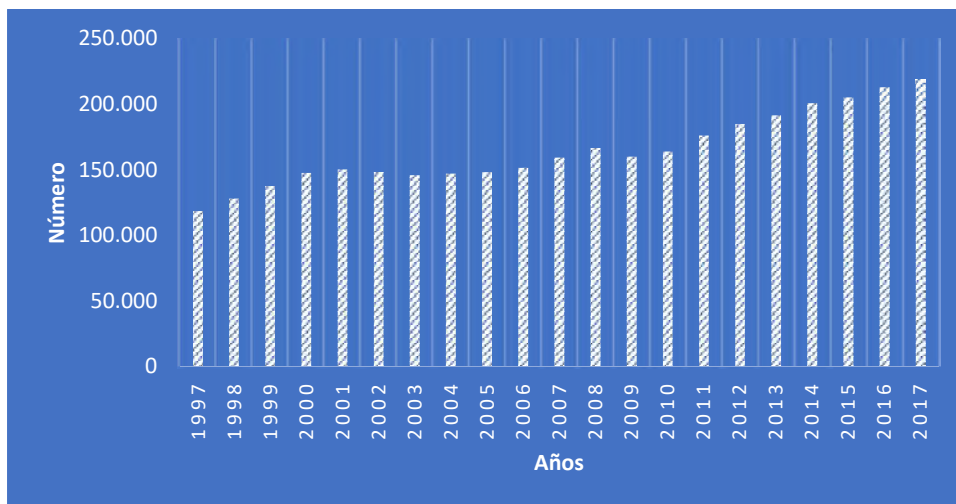
Población adscrita a la unidad y la adscrita a médico familiar Delegación del IMSS en Hidalgo 2012-2015



Fuente: IMSS

En lo específico, la población general adscrita al IMSS en la Delegación en el Estado de Hidalgo, registra incremento de 2012 a 2015 (último dato disponible), del 17.08 %, en tanto que la población adscrita a médico familiar es del 16.30 %

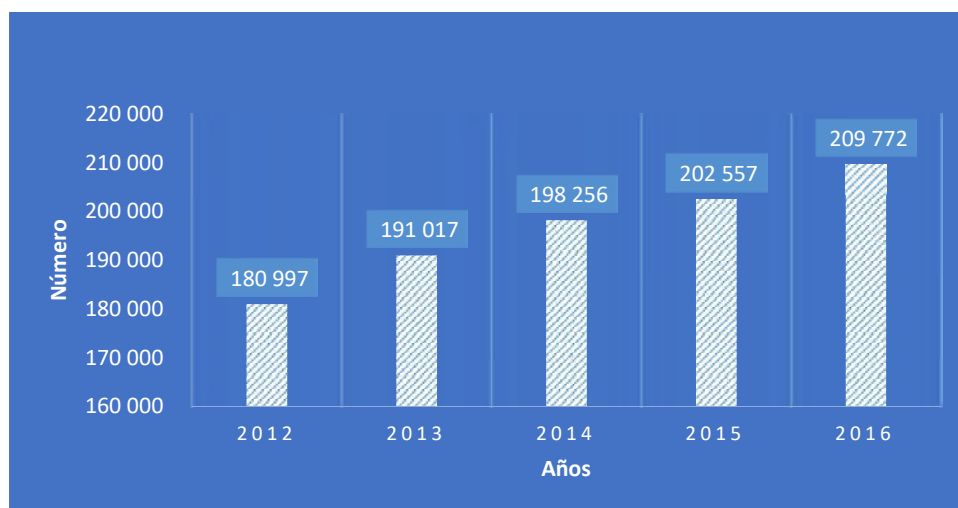
Asegurados en la Delegación del IMSS en la Delegación de Hidalgo 1997-2017



Fuente: IMSS

La población de asegurados de 1997 a 2017 presentó un incremento del 84.77 %.

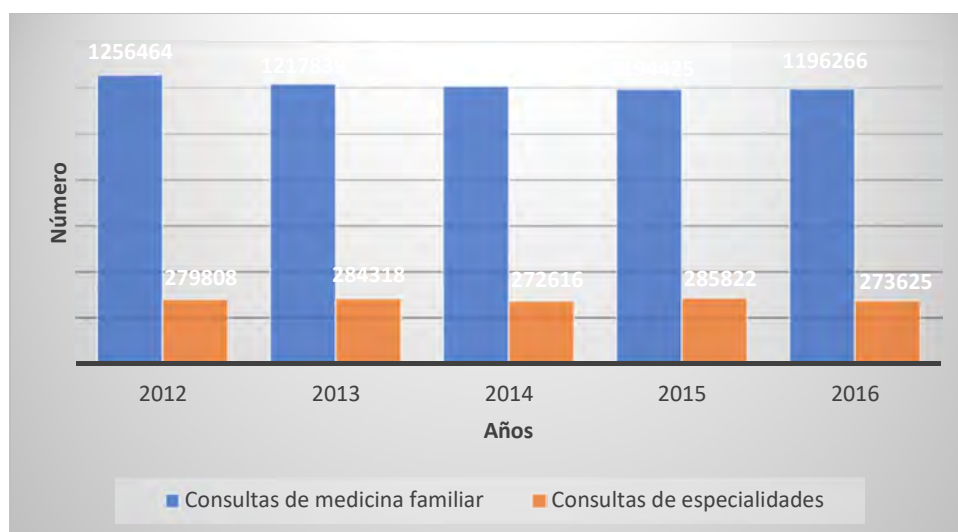
Asegurados a la Delegación del IMSS en Hidalgo 2012-2016



Fuente: IMSS

Sin embargo, de 2012 a 2017 el incremento de asegurados fue del 15.90 %

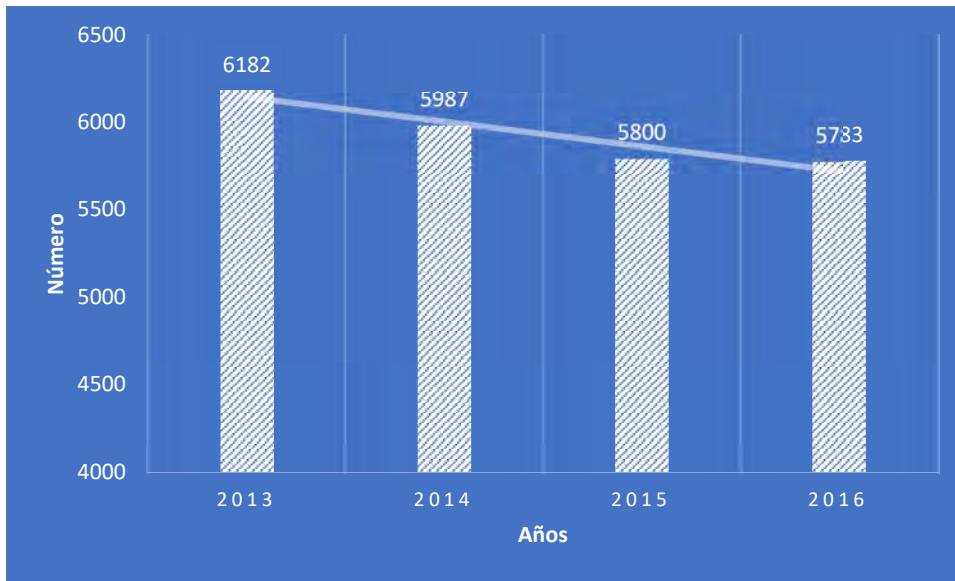
Consultas de medicina familiar y de especialidades otorgadas en la Delegación del IMSS en Hidalgo 2012-2016



Fuente: IMSS

A la población usuaria de servicios que otorgan las unidades médicas del IMSS en la Delegación en el Estado de Hidalgo, se dieron en 2012, 1,256,464 consultas de medicina familiar y en 2016, 1,196,266 consultas, lo que significó 60,198 consultas menos, representando un 4.79 % menor con respecto a 2012; se otorgaron en especialidades en 2012, 279,808 consultas vs 273,625 en 2016 lo que significó un 2.21 % menos .

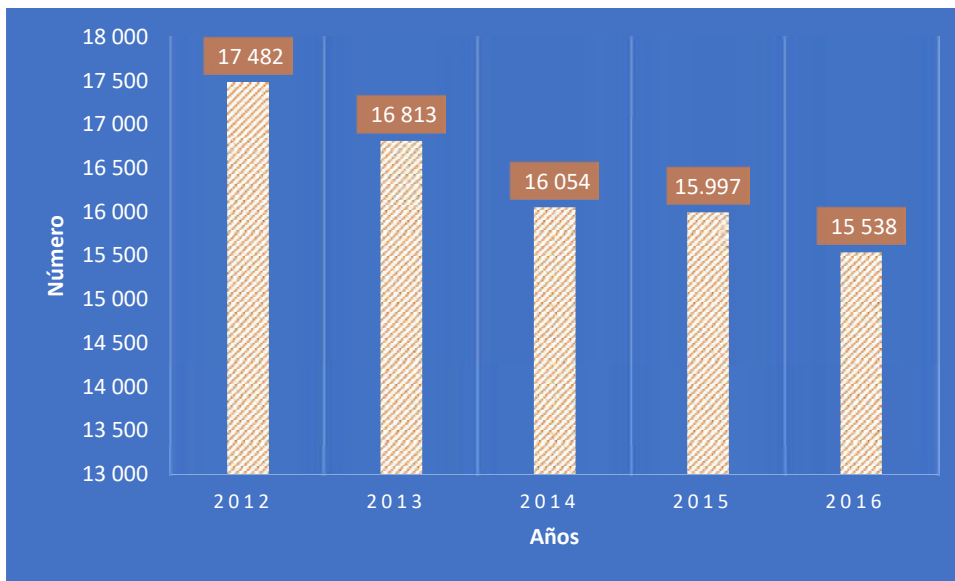
Partos atendidos en la Delegación del IMSS en la Delegación de Hidalgo 2012-2016



Fuente: IMSS

Así también en el número de partos atendidos, 6182 en 2012 vs 5783 en 2016, lo que significó un 6.45 % menos

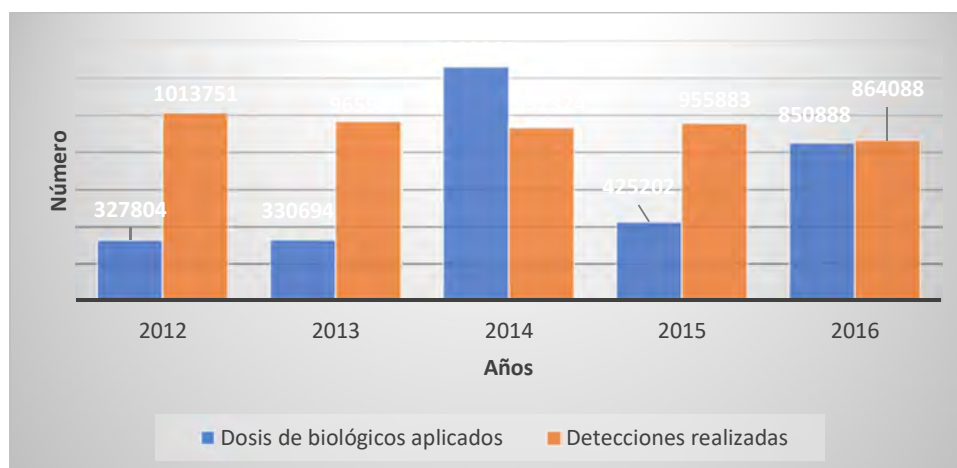
Intervenciones quirúrgicas en la Delegación del IMSS en Hidalgo 2012-2016



Fuente: IMSS

Así también en el número de intervenciones quirúrgicas, 17482 en 2012 vs 15538 en 2016, lo que significó un 11.12 % menos.

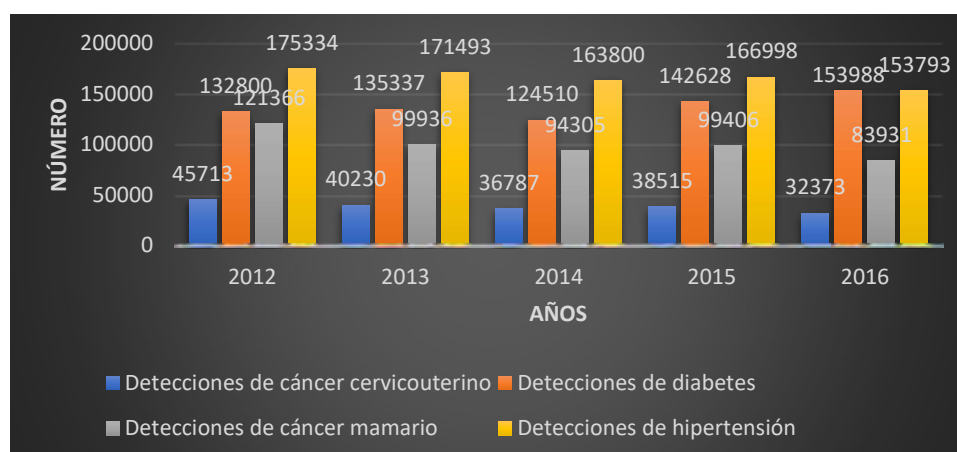
Biológicos aplicados y detecciones en la Delegación del IMSS en Hidalgo 2012-2016



Fuente: IMSS

Así también en el total de biológicos aplicados, 327,804 en 2012 vs 850,888 en 2016, lo que significó un 159.57 % más, y en total de detecciones realizadas, 1,013,751 vs 864,088, lo que significó un 14.76 % menos

Detecciones: cáncer cervicouterino, diabetes, cáncer mamario e hipertensión arterial en la Delegación del IMSS en Hidalgo



Fuente: IMSS

En detecciones específicas se obtuvieron los siguientes resultados:

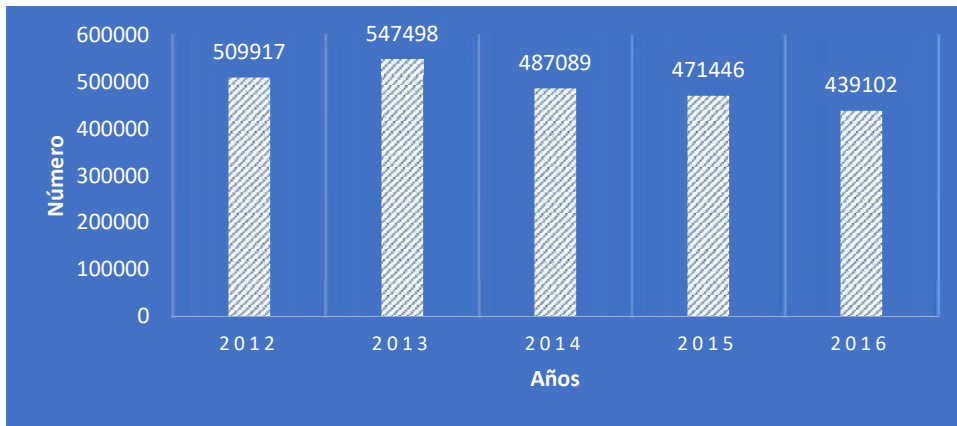
Cáncer cervicouterino; en 2012, 45,713 vs 32,373 (29.18 % menos)

Diabetes; en 2012, 132,800 vs 153,988 (15.95 % más)

Cáncer de mama; en 2012, 121,366 vs 83,931 (30.84 % menos)

Hipertensión arterial; en 2012, 175,334 vs 153,793 (12.29 % menos).

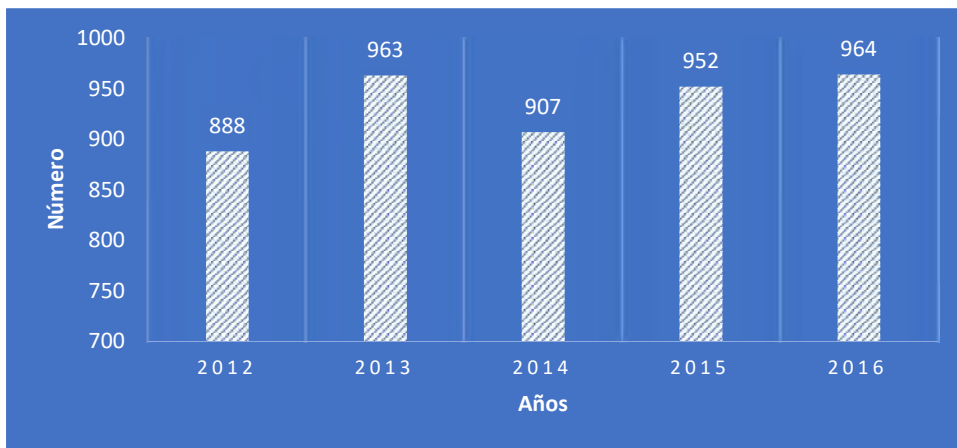
Acciones de odontología preventiva en la Delegación del IMSS en Hidalgo



Fuente: IMSS

En lo que respecta al otorgamiento de acciones de odontología preventiva, en 2012, 509,917 vs 439,102 (13.89 % menos)

Defunciones ocurridas en la Delegación del IMSS en Hidalgo



Fuente: IMSS

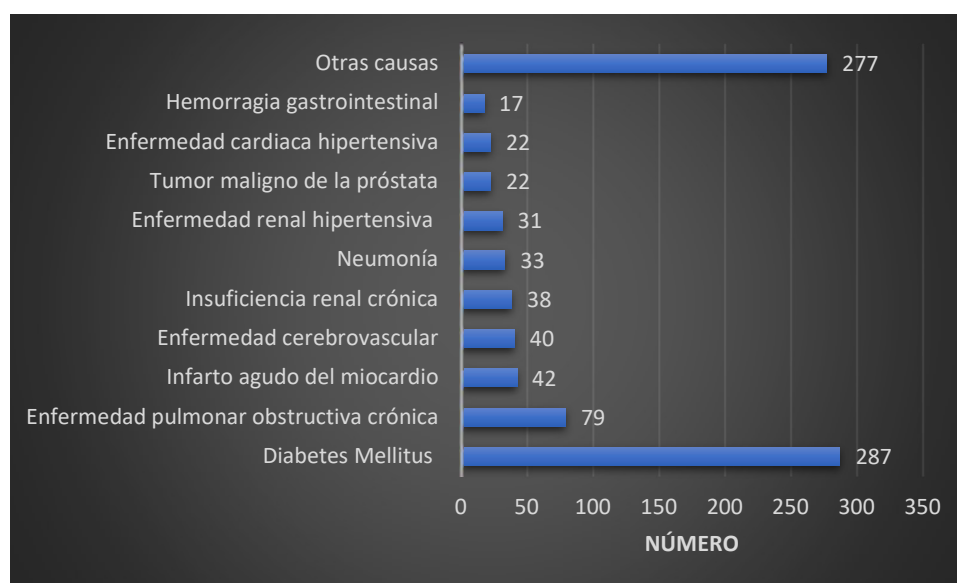
Una de las variables de impacto es la mortalidad ocurriendo en 2012, 888 defunciones vs 964 en 2016 (8.56 % más)

Diez principales causas de defunciones hospitalarias en población usuaria de la Delegación del IMSS: 2012,2013,2014,2015 y 2016

2012	
Causas	Número
Diabetes Mellitus	287
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	79
Infarto agudo del miocardio	42
Enfermedad cerebrovascular	40
Insuficiencia renal crónica	38
Neumonía	33
Enfermedad renal hipertensiva	31
Tumor maligno de la próstata	22
Enfermedad cardiaca hipertensiva	22
Hemorragia gastrointestinal	17
Otras causas	277
Total 10 principales causas	888

Fuente: Jefatura de prestaciones médicas

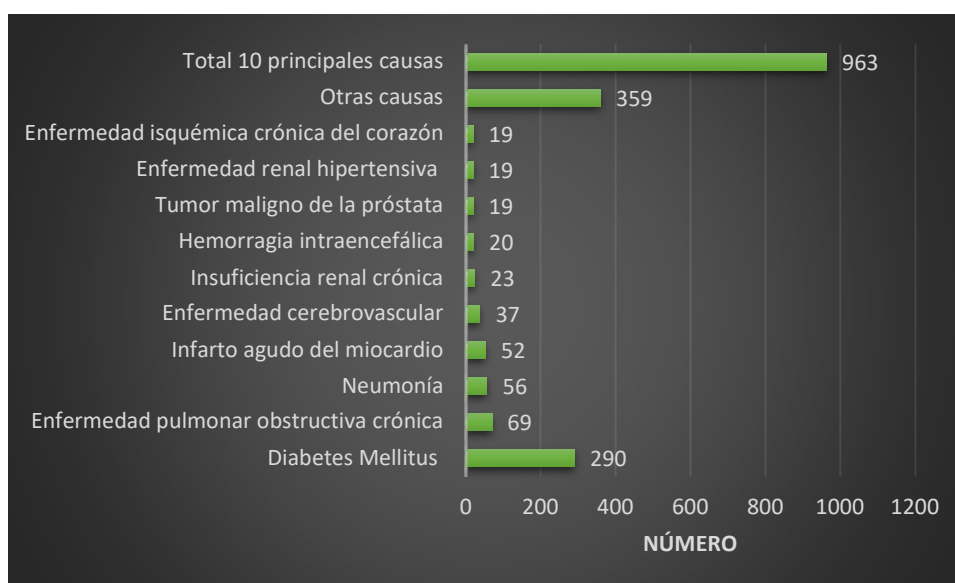
2012



2013	
Causas	Número
Diabetes Mellitus	290
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	69
Neumonía	56
Infarto agudo del miocardio	52
Enfermedad cerebrovascular	37
Insuficiencia renal crónica	23
Hemorragia intraencefálica	20
Tumor maligno de la próstata	19
Enfermedad renal hipertensiva	19
Enfermedad isquémica crónica del corazón	19
Otras causas	359
Total 10 principales causas	963

Fuente: Jefatura de prestaciones médicas

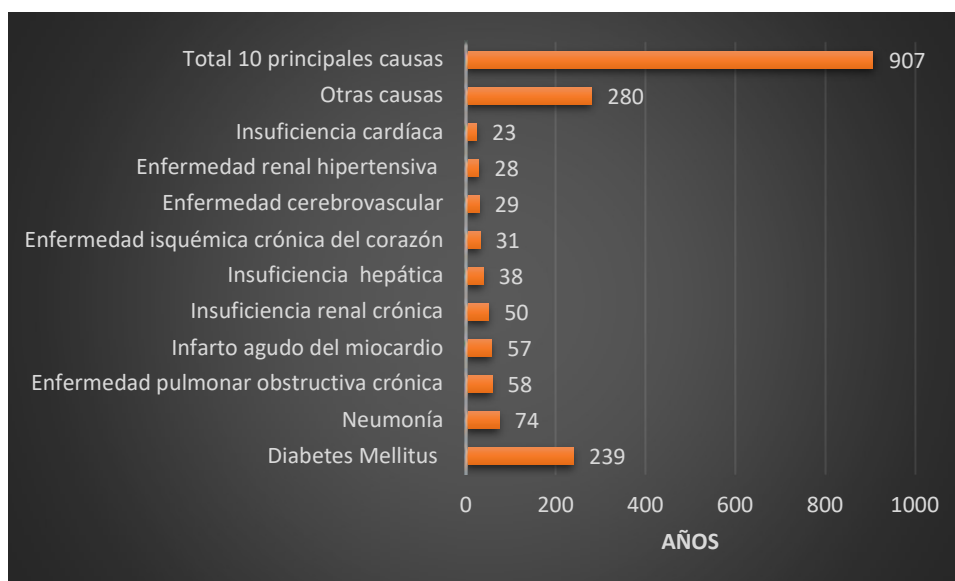
2013



2014	
Causas	Número
Diabetes Mellitus	239
Neumonía	74
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	58
Infarto agudo del miocardio	57
Insuficiencia renal crónica	50
Insuficiencia hepática	38
Enfermedad isquémica crónica del corazón	31
Enfermedad cerebrovascular	29
Enfermedad renal hipertensiva	28
Insuficiencia cardíaca	23
Otras causas	280
Total 10 principales causas	907

Fuente: Jefatura de prestaciones médicas

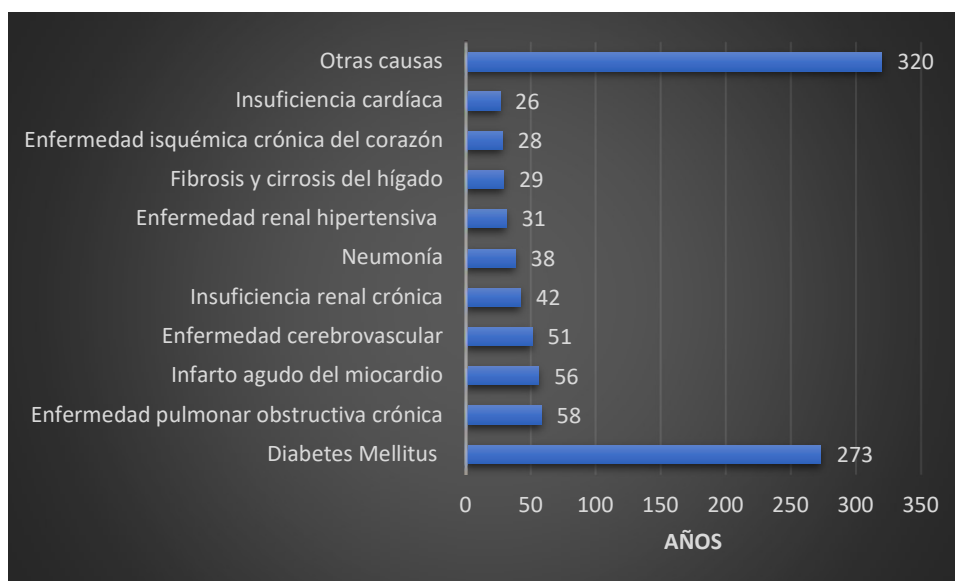
2014



2015	
Causas	Número
Diabetes Mellitus	273
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	58
Infarto agudo del miocardio	56
Enfermedad cerebrovascular	51
Insuficiencia renal crónica	42
Neumonía	38
Enfermedad renal hipertensiva	31
Fibrosis y cirrosis del hígado	29
Enfermedad isquémica crónica del corazón	28
Insuficiencia cardíaca	26
Otras causas	320
Total 10 principales causas	952

Fuente: Jefatura de prestaciones médicas

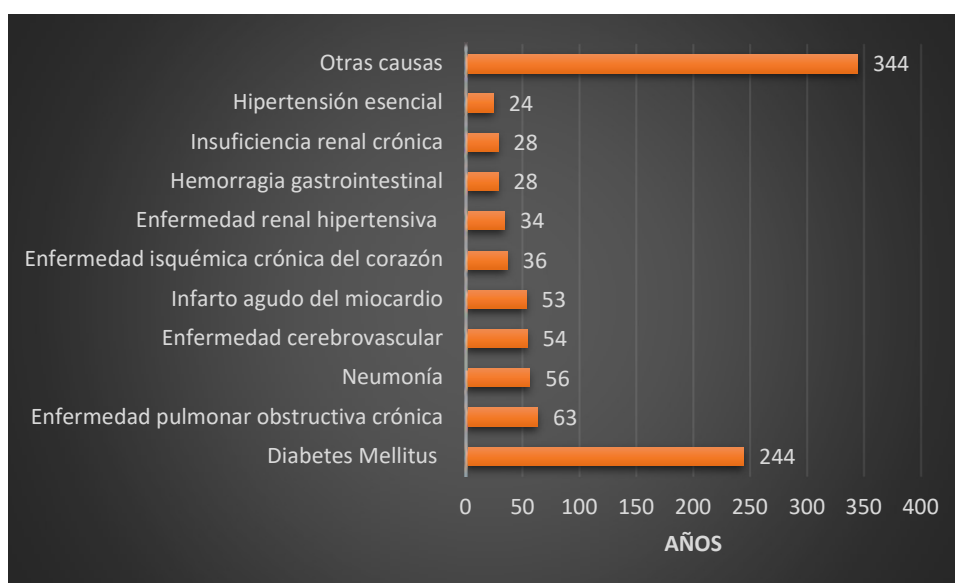
2015



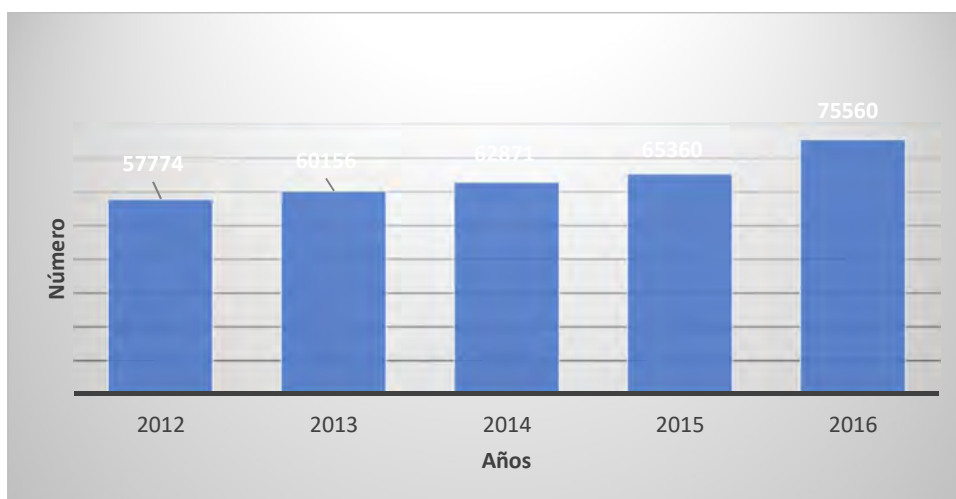
2016	
Causas	Número
Diabetes Mellitus	244
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	63
Neumonía	56
Enfermedad cerebrovascular	54
Infarto agudo del miocardio	53
Enfermedad isquémica crónica del corazón	36
Enfermedad renal hipertensiva	34
Hemorragia gastrointestinal	28
Insuficiencia renal crónica	28
Hipertensión esencial	24
Otras causas	344
Total 10 principales causas	964

Fuente: Jefatura de prestaciones médicas

2016



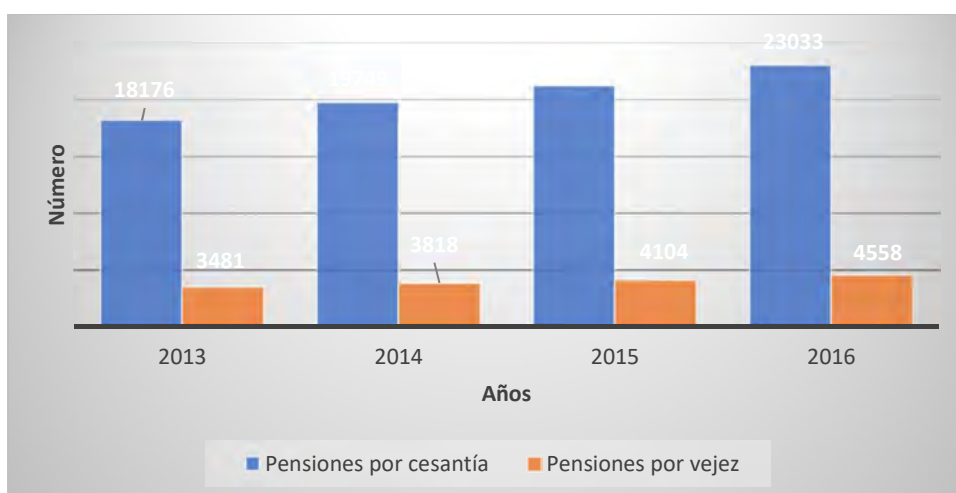
Pensionados en el IMSS Delegación en Hidalgo 2012-2016



Fuente: IMSS

En lo referente a las pensiones totales otorgadas por la Delegación del IMSS en el Estado de Hidalgo, en 2012, 57,774 vs 75,560 en 2016 (30.79 % más)

Pensiones por cesantía y vejez en la Delegación EN Hidalgo 2013-2016



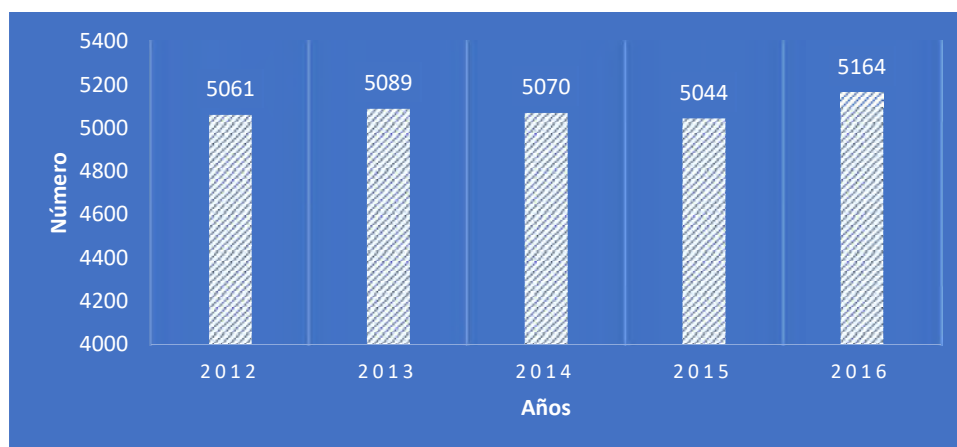
Fuente: IMSS

NOTA: El importe de nómina a diciembre de 2016 fue de \$ 154,797,214.20.

Al mes de enero de 2017 son 27,425 pensionados con un importe de nómina de \$ 156,618,440.54

Del total de pensionados, 18,176 correspondieron a cesantía en 2012, y 23,033 en 2016 (26.72 % más), y por vejez en 2012, 3,481 vs 4558 en 2016 (300.94 %).

Total, de plazas de personal en la Delegación del IMSS en Hidalgo



Fuente: IMSS

Para la atención a la población inscrita al IMSS, así como de la adscrita a médico familiar y usuaria, la Delegación cuenta con casi la misma plantilla de personal, 5061 en 2012 vs 5164 en 2016

Recursos materiales en la Delegación del IMSS en Hidalgo 2013-2016

Recursos	2013	2014	2015	2016
Camas censables	302	302	302	302
Camas no censables	228	225	225	245
Cunas de recién nacidos	52	49	49	53
Incubadoras	5	16	16	12
Consultorios	252	247	248	257
Cubículos	13	13	13	13
Quirófanos	7	12	13	13
Salas de expulsión	6	6	6	6
Laboratorios clínicos	8	8	8	8
Gabinetes radiológicos	10	10	10	10
Bancos de sangre	1	1	1	1
Farmacias	19	20	20	20
Lavanderías	5	5	5	5
Ambulancias	32	37	28	29

Fuente: IMSS

Así también en la atención hospitalaria, en donde no se ha incrementado el número de camas tanto censables (302), como no censables (228 en 2012, vs 245 en 2016)

Estado consolidado de ingresos (miles) y gastos (miles) en la Delegación del IMSS en Hidalgo



Fuente: IMSS

Estado consolidado de ingresos, en la Delegación del IMSS en Hidalgo en 2012, (\$3,154,751,000), vs 2016, (\$4,252,404,000) (34.79 más)

Estado consolidado de gastos, en la Delegación del IMSS en Hidalgo en 2012, (\$3,542,578,000), vs 2016, (\$4,433,143,000), (25.14 % más)

4.2 DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos de la investigación de campo y documental, se puede decir, junto con diversos autores que, las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones, problemas que con mayor frecuencia padecen los adultos mayores, son bastante costosos y complejos de tratar. Estas patologías generan nuevos retos de atención y la necesidad de movilizar recursos financieros para la salud, además, es indispensable modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria de la Delegación Estatal del IMSS en Hidalgo, asimismo, la urgente necesidad de capacitación del personal para atender las demandas relacionadas con los padecimientos que están afectando a la población en general, pero con una mayor prevalencia en los adultos mayores.

De acuerdo a los resultados obtenidos, es importante destacar que el envejecimiento poblacional es una realidad que se hace presente en el Estado de Hidalgo. El descenso en los niveles de natalidad, el aumento en la esperanza de vida y la pérdida de preponderancia de los grupos jóvenes, son indicadores de este proceso paulatino e inevitable. Sin embargo, en el corto y mediano plazo, este cambio viene acompañado por un lado, del incremento de enfermedades transmisibles, crónicas y múltiples afectaciones que inciden en las probabilidades de sufrir limitaciones en la capacidad funcional para la realización de actividades vitales en la sociedad; por otro lado, de un crecimiento en la demanda de servicios y trabajo de determinados grupos de la

población, principalmente impulsado por la entrada de un significativo contingente de adolescentes y jóvenes a las edades típicamente productivas (CONAPO, 2010-2030)³¹.

Autopercepción de la salud. Dentro del panorama transicional, además de las estadísticas institucionales, habría que adicionar productos de investigación a partir de encuestas, encaminadas a indagar sobre autopercepción de la salud que involucra una evaluación basada en los sentimientos, ideas y creencias que los individuos tienen con respecto a su salud³², y que depende de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social³³. Sin embargo, el estado de salud percibido es uno de los indicadores más consolidados y frecuentemente analizados en las encuestas de salud, y ha probado tener asociaciones significativas con características objetivas como índices de morbilidad y mortalidad³⁴. La autopercepción de la salud, en el caso específico de los adultos mayores, se vincula con el número de enfermedades crónicas que padecen, el período de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, la dependencia en actividades de la vida diaria, etcétera, explorando cómo éstas afectan a la calidad de vida³⁵. Del mismo modo, aunque su carácter subjetivo puede introducir sesgos, permite relacionarlo con variables que evalúan el bienestar económico y social³⁶. Los resultados de una encuesta realizada muestran que, con relación a esta dimensión, un 42,5% del total de las personas de 60 años y más considera que su salud es buena, y un 16,9% la percibe como muy buena o excelente, mientras que el resto la percibe como regular (34%) o mala (6,7%). Al observar los resultados por grupos de edad, a medida que aumenta la edad la autopercepción de la salud empeora: un 46,9% de las personas de 75 años y más considera que su salud es regular o mala, mientras que un 38,1% de los que tienen entre 60 y 74 años percibe negativamente su salud. En cuanto a la distribución por sexo no se encuentran diferencias significativas.

Las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendrán al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: la salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas.

³¹ Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030, CONAPO, Gobierno Federal

³² Beaman, P. y otros (2004): Percepción de la salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. En Muñoz, O. y otros (comp.): “La salud del adulto mayor: temas y debates” (pág. 117-138). Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

³³ Cerquera Córdoba, A., y otros (2010): Autopercepción de la salud en el adulto mayor. En “Revista Virtual Universidad Católica del Norte” No 31, (septiembre-diciembre de 2010), Colombia. Disponible en <http://revistavirtual.ucn.edu.co>. Consultada el 19-09-2013

³⁴) Ibidem.

³⁵ Beaman, P. y otros: op. cit.

³⁶ Wong, R. y otros (2005): Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. En Revista Panamericana de Salud Pública, N° 17, Organización Panamericana de la Salud, pág. 323-332.

Los retos del instituto 2014-2018. A nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social y por su situación financiera los retos son complejos, ya que en los últimos años las finanzas del Instituto se han visto presionadas por una combinación de factores exógenos y endógenos.

Factores exógenos: Transición demográfica y epidemiológica. Como ya se vio en páginas anteriores, el proceso de envejecimiento de la población en México y, por ende, de la población derechohabiente, es uno de los retos principales que enfrentan los sistemas de seguridad social, tanto por la presión que se ejerce sobre el financiamiento de las pensiones, como por la que se genera por el aumento en el gasto en servicios médicos. Algunos indicadores ilustran esta realidad. De 1970 a 2010, es decir en tan sólo 40 años, la población mayor de 60 años en México, pasó de 2.7 millones de personas a 10.2 millones, 4 veces más. Una población de mayor edad, además de demandar una mayor cantidad de servicios, requiere de intervenciones médicas más complejas y de mayor costo. Por otro lado, mientras que en 1973 había 14 trabajadores por cada pensionado, esta cifra disminuyó a 5 en 2012.

Por su parte, el perfil epidemiológico de una población cambia como resultado de dos fenómenos: el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos, y el cambio en las causas de muerte y de enfermedad. Los factores que originan estos dos fenómenos son, por un lado, la reducción en la natalidad y en la mortalidad general que se reflejan en una mayor esperanza de vida que conducen a una modificación en la composición de la mortalidad por edades. Por otro lado, el aumento en la exposición de la población a factores de riesgo, incluyendo estilos de vida no saludables, afecta la incidencia de las enfermedades.

La disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida al nacer han propiciado que más niños sobrevivan. Del total de las defunciones en el IMSS en 1976, 51.5 por ciento ocurrió dentro del grupo de menores de cinco años y 20 por ciento fue dentro del grupo de mayores de 65 años. Para 2012 la situación de estos dos grupos se había revertido: 5.2 por ciento de todas las defunciones ocurrió en el grupo de menores de cinco años y 59.1 por ciento en el grupo de mayores de 65 años. Entre las acciones de salud que contribuyeron a este fenómeno, además de las mejoras de condiciones generales de salubridad y alimentación, se encuentran: i) la disminución de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los niños menores de cinco años; ii) la terapia de hidratación oral; iii) el incremento de las coberturas de vacunación en este grupo de edad, y iv) mejoras en la infraestructura sanitaria, así como la implementación de nuevos programas de medicina preventiva. Adicionalmente, la población está cada vez más expuesta a una serie de factores de riesgo relacionados con los estilos de vida como el sedentarismo y la ingesta de alimentos industrializados, así como la persistencia de enfermedades crónicas e infecciosas. Estos factores han modificado la historia natural de las enfermedades, observándose cambios trascendentes en las causas de muerte y carga de enfermedad en la población.

Por lo que, las transiciones demográfica y epidemiológica anticipan un importante incremento tanto en la demanda de atención médica de personas con enfermedades crónico-degenerativas o infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana que genera el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), como en la presión sobre el gasto médico del Instituto. Por ello, la prevención, el tratamiento y la posible recuperación de estos padecimientos constituyen uno de los más grandes retos para la institución.

El gasto total estimado en 2012 para la atención médica de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama y VIH/SIDA asciende a 71,352 millones de pesos, que equivale a 30.4 por ciento del gasto corriente del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) para ese año. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial concentran la mayor proporción de este gasto con una participación de 77.9 por ciento.

En línea con las cifras de otros países, las proyecciones del gasto médico del Instituto para estos seis padecimientos serán incrementales en los próximos años

Factor Endógeno 1: Altos Costos Administrativos. Como se ha mencionado anteriormente, además de los factores externos, existen también factores internos que afectan profundamente el óptimo funcionamiento del Instituto. El primero de ellos son los altos costos administrativos del Instituto. De acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), México tiene un menor número de camas censables (1.6 camas por cada mil usuarios) que el promedio registrado en los países miembros (4.9 camas por cada mil usuarios). Sin embargo, en México, el gasto administrativo como porcentaje del gasto total en salud es 3 veces mayor al promedio de la OCDE.

Deterioro del Balance Operativo. La combinación de factores externos e internos ha ocasionado desequilibrios importantes en los seguros y fuertes presiones financieras generales. Así, desde 2009, el Instituto presenta finanzas deficitarias. Actualmente, el déficit es de aproximadamente 18 mil millones de pesos anuales y, de mantenerse este escenario, se prevé que continúe creciendo en los próximos años.

Como una primera medida para hacer frente a esta situación, desde 2009, el H. Consejo Técnico del IMSS autorizó utilizar la Subcuenta 1 del Fondo para el Cumplimiento de Obligaciones Laborales de Carácter Legal o Contractual, para cubrir el déficit. Sin embargo, este fondo se agotó en 2013. Previendo esta situación, en 2011 la Ley de Ingresos de la Federación autorizó la transferencia de excedentes de los saldos de las Reservas Financieras y Actuariales (RFA) de los Seguros de Invalidez y Vida (SIV) y de Riesgos de Trabajo (SRT) a la reserva del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) por un monto de 61,222 millones de pesos. Esta reserva se comenzó a utilizar a partir del 2013. Si los ingresos y gastos continúan con su tendencia inercial, se estima que esa reserva se agote en 2016.

Por lo tanto, considerando lo mencionado en este breve diagnóstico, resulta prioritario definir claramente las estrategias que pondrá en marcha el Instituto en los próximos años para hacer frente a los retos que se le presentarán en el futuro.

Como se mencionó anteriormente, la creciente demanda de servicios como consecuencia de la transición demográfica y epidemiológica implica un gran reto para el IMSS. En este sentido, alineado con el objetivo 2.3 del plan nacional de desarrollo 2013-2018 y con los objetivos del PROSESA, se implementarán estrategias y acciones orientadas a modernizar el modelo de atención médica en el Instituto, para hacer más eficientes los procesos, reforzar la atención primaria, proteger la seguridad de los pacientes y mejorar la atención con calidad y eficiencia.

Reorganizar los servicios para la provisión de la atención integral a la salud que incluya la prevención, curación y rehabilitación con las siguientes líneas de acción:

- Reconvertir el Modelo de Medicina Familiar con base a la atención integral de la salud en el primer nivel.
- Incorporar nuevas modalidades de atención para satisfacer la demanda de consulta en medicina familiar.
- Ampliar la cobertura de los Programas Preventivos, PREVENIMSS.
- Ampliar el número de enfermedades sujetas a detección temprana en todos los grupos de edad.
- Atender de manera integral y coordinada la salud de la población derechohabiente
- Fortalecer las estrategias de educación participativa para el autocuidado de la salud.
- Mejorar la atención integral a pacientes con enfermedades crónico – degenerativas.
- Fortalecer la atención de los servicios de urgencias.
- Otorgar atención médica en el domicilio del paciente.

Incrementar la formación de recursos humanos de acuerdo a las proyecciones demográficas y epidemiológicas mediante su formación y actualización:

- Fortalecer el desarrollo profesional del personal de salud.
- Diversificar la oferta educativa dirigida a todo el personal involucrado en el cuidado a la salud.
- Facilitar y ampliar los procesos de educación en salud mediante el uso de tecnologías de Información y comunicación
- Garantizar las pensiones en sus diferentes modalidades:

Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV). Los riesgos protegidos son el retiro, la cesantía en edad avanzada y la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro, en los términos y con las modalidades previstas en la Ley del Seguro Social. El otorgamiento de las prestaciones contenidas requiere del cumplimiento de periodos de espera medidos en semanas de cotización reconocidas por el Instituto, conforme se señala en las disposiciones relativas a cada uno de los ramos de aseguramiento amparados. Los patrones y el Gobierno Federal, en la parte que les corresponde, están obligados a enterar al Instituto el importe de las cuotas obrero-patronales y la aportación estatal del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez. Dichas cuotas se recibirán y se depositarán en las respectivas subcuentas de la cuenta individual de cada trabajador, en los términos previstos en la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro³⁷.

De suma importancia es distinguir las condiciones de salud del adulto mayor, por ejemplo: entre un adulto mayor enfermo, y el paciente geriátrico; el primero, es un individuo de más de 60 años de edad con algún problema de salud que no afecta su funcionalidad o que en él no se produce discapacidad o aumento de riesgos; estos pacientes son y serán vistos por todos los médicos independientemente de su orientación profesional (familiares, ginecólogos, ortopedistas, reumatólogos, etc.), todos los trabajadores de la salud seguirán atendiendo adultos mayores. En tanto el paciente

³⁷ Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social, Gobierno de la República, 2014-2018

geriátrico es aquel que exhibe una gran fragilidad, con la presencia de numerosas patologías, riesgos y dependencia de otros, consumiendo una gran cantidad de recursos económicos, sociales y morales. Es este paciente, el que corresponde sólo al geriatra que habrá de atenderlo en forma interdisciplinaria y con un enfoque funcional.

El Banco Mundial ha sugerido que la seguridad financiera para los adultos mayores y el crecimiento económico de los países, se finquen en tres sistemas: un sistema obligatorio de participación manejado por el sector público, en el cual se incluya el objetivo de reducir la pobreza de los adultos mayores, un sistema obligatorio de ahorro manejado por el sector privado y un sistema voluntario de ahorro. Los retos para los gobiernos se encuentran agrupados en cuatro áreas: las pensiones, la edad de retiro, los servicios para los adultos mayores y revisión de políticas públicas.

La calidad de vida a la que pueden aspirar los adultos mayores depende de factores sociales y emocionales. Los adultos mayores que tienen recursos económicos suficientes tienen acceso a múltiples servicios tanto de salud como recreativos; y los adultos mayores con un nivel económico bajo, tienen que pasar por una serie de necesidades que, de no encontrarles solución en el núcleo familiar extendido, no se pueden satisfacer. Pero los adultos mayores con recursos o sin ellos, requieren de relaciones familiares de calidad que les permitan pasar sus años de menor autonomía, rodeados de la comunicación y relación emocional que sólo proporcionan los seres queridos. Asimismo, la vida social y las reuniones con amigos que al igual que ellos, han sobrevivido a edades mayores, se convierten en una fuente de satisfacción y conectividad con el mundo actual.

Otro aspecto relevante es la capacitación sobre el autocuidado a las personas de edad y a los cuidadores (proceso que está asociado a discapacidad más que a mortalidad y por lo tanto a un grave impacto en la economía y dinámica familiar). La influencia de la educación, permitirá a una sociedad en su conjunto, aceptar prepararse para atender con calidad a las personas de este grupo de edad³⁸.

Normas Internacionales de Derechos Humanos. Los derechos humanos son las libertades y derechos universales, de individuos y grupos, que están consagrados por la ley. Comprenden derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, y derechos sociales, económicos y culturales, como el derecho a la salud, a la seguridad social y a la vivienda. Todos los derechos están relacionados entre sí y son interdependientes e inalienables. No es posible privar a una persona de sus derechos humanos en razón de su edad o estado de salud. El artículo 1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prohíbe la discriminación fundada en la condición de una persona, y esta prohibición abarca la edad³⁹. Por definición, los derechos humanos se aplican a todas las personas, incluidas las personas mayores, aunque no se haga referencia expresa en el texto a los grupos de edad más avanzada o al envejecimiento. Durante los últimos dos decenios, se ha avanzado mucho en los esfuerzos para promover los derechos humanos, incluidos los de las personas mayores. Varios tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos hacen referencia al envejecimiento

³⁸ Programa de acción: atención al envejecimiento subsecretaría de prevención y protección de la salud, 2001

³⁹ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations; 1966 (<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>, accessed 7 June 2015).

o a las personas mayores y consagran a las personas mayores que son mujeres, migrantes o personas con discapacidad el derecho a no ser discriminadas; hacen referencia al derecho de las personas mayores a la salud, la seguridad social y un nivel de vida adecuado, y defienden su derecho a no ser objeto de explotación, violencia ni abuso.

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos establece que el derecho a la salud “abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano”⁴⁰. Por lo tanto, se requiere un amplio espectro de leyes, políticas y acciones para ayudar a crear las condiciones apropiadas que garanticen que las personas mayores puedan disfrutar del más alto nivel de salud posible. En efecto, en virtud del derecho a la salud, los Estados están obligados a ofrecer, sin discriminación de ningún tipo, centros de salud, bienes y servicios disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad. Los Estados partes deben proceder de conformidad con el principio de realización progresiva, que establece la obligación de tomar medidas, hasta el máximo de los recursos de que disponen, para garantizar progresivamente el pleno disfrute del derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con las personas mayores. Tener disponibilidad significa contar con un número suficiente de instalaciones, bienes, servicios y programas de salud pública y asistencia sanitaria eficaces. En el contexto del envejecimiento, la disponibilidad implica tener en cuenta el grado en que los centros de salud, los bienes y los servicios satisfacen las necesidades de salud específicas de las personas mayores.

Envejecimiento, Salud y Desarrollo. La segunda razón clave para actuar en materia de envejecimiento y salud es fomentar el desarrollo sostenible⁴¹. En la actualidad, la mayoría de las personas vive hasta la vejez, por lo que una proporción cada vez más grande de la población será de personas mayores. Si queremos construir sociedades cohesivas, pacíficas, equitativas y seguras, el desarrollo tendrá que tener en cuenta las transiciones demográfica y epidemiológica que, junto con las iniciativas, tendrán que aprovechar la contribución que las personas mayores hacen al desarrollo y, al mismo tiempo, garantizar que no se las excluya⁴². Las personas mayores contribuyen al desarrollo de muchas maneras, por ejemplo, en la producción de alimentos y en la crianza de las generaciones futuras⁴³. Incluirlas en los procesos de desarrollo no solo ayuda a fomentar una sociedad más equitativa, sino que probablemente refuerce el desarrollo al apoyar estas contribuciones. Excluir a las personas mayores de estos

⁴⁰ The right to the highest attainable standard of health. New York: United Nations; 2000 (E/C.12/2000/4).

⁴¹ Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York, London: United Nations Population Fund; HelpAge International; 2012 (<http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>, accessed 20 July 2015).

⁴² Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002 (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf, accessed 4 June 2015).

⁴³ Aboderin IA, Beard JR. Older people’s health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0) PMID: 25468150

procesos, además de socavar su bienestar y sus contribuciones, puede repercutir gravemente en el bienestar y en la productividad de otras generaciones.

Las estrategias de salud pública que se han adoptado frente al envejecimiento de la población han sido claramente ineficaces. La salud de las personas mayores no acompaña el ritmo con el que aumenta la longevidad^{44, 45}; las marcadas inequidades en salud son evidentes en el estado de salud de las personas mayores; los sistemas de salud actuales no están adaptados a la atención que necesita la población de edad avanzada, incluso en los países de ingresos

altos^{46, 47, 48, 49, 50}; los modelos de cuidados a largo plazo son a la vez inadecuados e insostenibles y los entornos físicos y sociales presentan múltiples obstáculos y carecen de incentivos para la salud y la participación⁵¹. Es necesario un nuevo marco de acción global, que tenga en cuenta la gran diversidad de la población de edad avanzada y encare las desigualdades de fondo. Este marco de acción debe impulsar la creación de nuevos sistemas de asistencia sanitaria y cuidados a largo plazo más acordes con las necesidades de las personas mayores, y velar por que todos los sectores se centren en objetivos comunes para que las iniciativas sean coordinadas y equilibradas. Ante todo, es preciso superar las formas obsoletas de concebir la vejez, fomentar un cambio importante en la forma de entender el envejecimiento y la salud e inspirar la creación de enfoques transformadores. Dado que el cambio social es constante e impredecible, estas medidas no pueden ser prescriptivas, sino, por el contrario, deben tratar de fortalecer la capacidad de las personas mayores de prosperar en el entorno turbulento en que probablemente vivan.

El Sistema de Pensiones en México. Con las consideraciones anteriormente expuestas, entramos al aspecto medular del trabajo, en el que el eje central es el de las pensiones y

⁴⁴ Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: ¿is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2011 Jan;66(1):75–86.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070

⁴⁵ Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet.* 2015 feb 7;385(9967):563–75.doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8) PMID: 25468158

⁴⁶ Overview of available policies and legislation, data and research, and institutional arrangements relating to older persons – progress since Madrid. New York: United Nations Population Fund, Help Age International; 2011 (http://www.ctc-health.org.cn/file/Older_Persons_Report.pdf, accessed 4 June 2015)

⁴⁷ Sustainable development. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/index.html>, accessed 17 June 2015).

⁴⁸ Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: key lessons and markers for success. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 4 June 2015).

⁴⁹ Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. King's Fund March 2014. *Age Ageing.* 2014 Sep;43(5): 731.doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu105> PMID: 25074536

⁵⁰ Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ.* 2012;345: e5205.doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5205> PMID: 22945950

⁵¹ Beard JR, Petitot C. Aging and urbanization: ¿can cities be designed to foster active aging? *Public Health Rev.* 2011;32(2):427–50.

las expectativas para el sexenio 2019-2024. En sus inicios, el Sistema de pensiones en México estaba estructurado a través del sistema de pensiones por repartición.

Dicha estrategia estaba altamente correlacionada con el número de derechohabientes en activo y pensionados, por lo que el momento de pujanza demográfica y expansión económica de los años 60 brindaba altas expectativas sobre la sustentabilidad de la seguridad social nacional.

Al pasar de los años, la proporción de 10 trabajadores en activo por cada pensionado como ocurría durante gran parte de las décadas de los años 60 y 70 se había transformado a 5 derechohabientes en activo por cada pensionado a mediados de los años 90, por lo que resultó necesario cambiar las condiciones de operación del Sistema de Pensiones en nuestro país, tal como ocurrió con las reformas cristalizadas en 1997.

Las últimas administraciones del poder ejecutivo federal en México, han emprendido políticas encaminadas a garantizar la capacidad operativa y la sustentabilidad para los pensionados, dejando a un lado el accionar social de los fondos de retiro públicos e iniciando el proceso de integración al sistema de capitalización individualizada, según algunos organismos internacionales como el Banco Mundial o la OCDE, la instauración de un sistema de este tipo disminuiría significativamente las presiones presupuestales a largo plazo, al descolectivizar los compromisos de pagos a los retirados futuros, al mismo tiempo de incentivar el ahorro interno y generar mayor capacidad financiera al aparato productivo nacional. Dicha reforma fue encaminada primeramente para el sistema con mayor número de derechohabientes en México como es el IMSS y 10 años después fue el turno del ISSSTE⁵².

Toda consideración de salvaguarda del bienestar social en cualquier nación es asunto de su propio gobierno, así mismo contemplar un conjunto de políticas e instituciones implantadas para dicho fin. El cuidado del estado físico y mental de la población, la atención asistencial a grupos vulnerables y la vigilancia del futuro de la población en materia de retiro constituyen la mayoría de las políticas sociales en todos los países del mundo. Dicho esfuerzo es considerado como un derecho de todos y cada uno de los ciudadanos del mundo, por lo que las políticas de protección social (seguros de enfermedad, vejez, cesantía, etc.) buscan mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos⁵³.

El sistema de pensiones en México presenta una particularidad con respecto a los sistemas de retiro imperantes en América Latina, el seguro de retiro, que se refiere a un riesgo social a largo plazo está administrado por el interés privado (AFORES), mientras que la atención médica, seguro de fallecimiento y Seguro de riesgos laborales se encuentra en manos del Estado mexicano a través de sus organismos previsionales, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores privados y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados gubernamentales. Por lo que lo designaremos como dual o híbrido en su estructura y operatividad.

⁵² Instituto Mexicano del Seguro Social: 60 años de servir a México, IMSS

⁵³ Organización de las Naciones Unidas: Declaración de los Derechos Humanos, art. 25, p.1

MARCO LEGAL

El sistema de pensiones en México está regido por diversas leyes en la materia, primeramente, desprendidas del Artículo 123 constitucional y que en la actualidad incluyen las siguientes leyes particulares:

Ley del Seguro Social (LSS) Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro (LSAR) Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF) Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (LISSSTE).

El sistema previsional del IMSS está integrado por los seguros de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV), Seguro de Invalidez y Vida (SIV) y el Seguro de Riesgos de Trabajo (SRT). Los 2 últimos seguros están a cargo aún del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Es en ésta última institución de seguridad social donde se enfocará el análisis y la propuesta.

Prestaciones del IMSS. Las prestaciones comprendidas por parte del IMSS son los seguros de invalidez y Vida (SIV) y el seguro de Riesgos de Trabajo (SRT). Por lo que es facultad del IMSS vigilar el cumplimiento cabal de los seguros de régimen obligatorio, además que también determina el riesgo laboral al que están sujetos los afiliados al Instituto y determinar junto a su equipo médico, las diligencias correspondientes por motivo de siniestros laborales e indemnizaciones por riesgos de trabajo.

El conjunto de pensiones que brinda el IMSS a sus agremiados es el siguiente:

La Pensión por Fallecimiento: consiste en que el asegurado en caso de muerte debió haber aportado al IMSS un mínimo de 150 semanas, siempre y cuando la causa de la fatalidad no haya sido por cuestiones laborales o profesionales. Por lo que varía en función de los beneficiados, es decir, viuda, hijos menores de 18 años o de 25 años si siguen estudiando, etc.

Los fondos de la cuenta individual y los fondos alcanzados por el SIV serán concentrados por el dictamen del IMSS para determinar el seguro de sobrevivencia a los beneficiarios.

Si el afiliado hubiera tenido una pensión de invalidez, esta es asignada a cargo del seguro de sobrevivencia contratado cuando fue negociada la pensión. En el caso de que el fallecimiento hubiera tenido elementos laborales o en facultad de actividades profesionales, el seguro será integrado a partir de la cuenta individual y el SRT, sin existir un requisito mínimo de cotización.

La Pensión de Invalidez: es la compensación existente para aquellos trabajadores que hubieran perdido la capacidad física o intelectual para desarrollar alguna actividad productiva, por lo que, es necesario haber cotizado al menos 250 semanas base para tener acceso a dicha pensión, ya que, si la incapacidad es del 75% o más, según el estudio realizado por el IMSS, solo serán necesarias 150 semanas de cotización.

Después de haber sido hecho el dictamen de incapacidad, por parte del IMSS, se le proporciona al trabajador afiliado al menos una remuneración igual al 50% de las percepciones recibidas en el último año de cotización.

En particular, La Pensión por Retiro Anticipado está supeditada a la administración de las AFORES al igual de la Pensión de Vejez. En esta prestación el afiliado tiene derecho

si en su cuenta individual en modalidad vitalicia (teniendo un acuerdo con alguna aseguradora al respecto), acumula al menos un 30% más que la pensión mínima garantizada por el Estado, descontado la prima única del seguro de sobrevivencia para sus beneficiarios.

Puede retirar el saldo restante en una sola exhibición en caso contrario. La Pensión de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV). Es adquirida con los requisitos de edad (65 años), un saldo mínimo en la cuenta individual superior al menos a 30% de la Pensión Mínima Garantizada³⁶, en contrario, si no se cuenta con un monto acumulado mínimo, pero se cuenta con 1250 semanas de cotización, podrá obtener una pensión garantizada.

En caso de no tener el mínimo de semanas cotizadas, el trabajador podrá retirar el monto en una sola exhibición. En el caso de la asistencia médica familiar, maternidad y seguro de enfermedades, es necesario que el afiliado tenga 750 semanas de cotización para tener este seguro.

Finalmente, existen varias modalidades de retiros que son ocasionados por acontecimientos particularmente importantes en la vida del trabajador, como lo son el matrimonio y el desempleo, por lo que en dichos casos el afiliado podrá hacer uso de recursos de su cuenta individual hasta ciertos límites impuestos en la ley.

Por otra parte, el financiamiento de dichos servicios pensionarios corre de manera tripartita en conjunto, pero diferenciada dependiendo el caso del Seguro al que nos refiramos; en el caso del SRCV corre por parte un porcentaje el trabajador, el patrón y el Estado, en el caso del SIV es igualmente tripartito, siendo exclusivo de los patrones, el pago del SRT.

Transición de regímenes IMSS. En el caso de los derechohabientes que en el momento de la reforma estuvieran gozando de una pensión, ésta no altera de ninguna manera los derechos adquiridos, por lo que el gobierno federal asume el pago de dichas pensiones. Ahora bien, en el caso de los trabajadores que tuvieran derechos adquiridos con el sistema anterior y se pensionen en el nuevo sistema, pueden elegir el sistema que más les convenga, bajo el entendido de que, si estos eligieran acogerse al antiguo régimen, el monto total acumulado en su cuenta individual pasará inmediatamente a manos del Gobierno Federal.

Finalmente, en el caso de aquellos que hubieran ingresado al sistema de pensiones después de la reforma, se integrarán de manera obligatoria y automática al nuevo orden pensionario de las AFORES.

Cobertura a los Derechohabientes. La cobertura de los sistemas de pensión en México se lleva a cabo bajo el procedimiento de incorporación obligatoria, el cual están sujetos todos los trabajadores tanto públicos como privados que mantengan una relación de dependencia con algún patrón en el caso de los adherentes al IMSS o ante el estado como corresponde al ISSSTE.

Existe igualmente un mecanismo de incorporación voluntaria por parte del IMSS exclusivamente, en la que los trabajadores que carecen de cobertura institucional de Seguridad Social (Comerciantes, profesionistas de cuenta propia, etc.) y que desean

adquirir los mismos derechos y obligaciones que los cotizantes obligatorios del sector privado puedan estar asegurados⁵⁴.

Lo anterior tiene que ver con el envejecimiento y la medicina, que coadyuvan al problema de las pensiones por cesantía y vejez. Gracias a los alcances logrados con el tratamiento de las enfermedades crónicas, cirugías o procedimientos intervencionistas en condiciones que antes se manejaban paliativamente o que no se contaba con el entendimiento de sus causas, y al desarrollo de nuevos medicamentos, se ha contribuido en parte a la longevidad de la población.

El envejecimiento de la población es un reto para la medicina, ya que se tienen cada vez más pacientes ancianos con todo lo que esto implica: comorbilidades y mejor definidas en este grupo etario como multimorbilidades, muchas de estas de alto costo, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad renal crónica y la diabetes con sus respectivas complicaciones por el tiempo de diagnóstico de la enfermedad crónica. Además, el adulto mayor tiene una limitada reserva fisiológica y muchos de ellos se catalogan con fragilidad y desacondicionamiento con edades mayores de 80 años principalmente; esto crea un mayor costo farmacéutico en el control de enfermedades que no tiene carácter curativo, y además los pone en riesgo de empeorar, tener efectos adversos en el ámbito de la salud, y alcanzar la discapacidad y la dependencia más rápidamente⁵⁵.

En el área de la salud, se debe poner énfasis en la atención primaria de los pacientes con enfermedades crónicas y luego en el manejo multidisciplinario del anciano, en la educación para prevenir el maltrato a las personas mayores o diagnosticarlo y reportarlo en caso de encontrarlo, crear centros de salud mental para el adulto mayor, generar modelos de cuidado agudo del paciente en casa y del paciente hospitalizado que sean de alta calidad y costo-efectivos. Esto requerirá la participación de las sociedades científicas y el entrenamiento del personal en geriatría desde la educación en pregrado, con un aumento probable en la intensidad horaria al estudiar dicha disciplina, y la promoción de subespecialidades geriátricas. La implementación de todo lo anterior requiere la participación del sector político y económico, quienes deben entender la importancia de buscar una adecuada atención del adulto mayor y sus implicaciones positivas para la salud y la calidad de vida de este grupo etario⁵⁶.

Los sistemas de seguridad social deben procurar mantener y aumentar la capacidad de los sistemas de pensiones para cumplir con sus objetivos sociales, garantizar su viabilidad financiera, y mejorar su capacidad de respuesta ante los cambios de la sociedad y las personas. Es necesario que en ellos se tomen en cuenta, entre otros aspectos, la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres en materia de protección social y la cobertura de la población rural.

⁵⁴ Ramírez Medrano A. El sistema de pensiones en México, perspectiva global de sus reformas: 1997 y 2007; Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Economía, 2009

⁵⁵ S.A. Ward, S. Parikh, B. Workman. Health perspectives: international epidemiology of ageing Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 25 (2011), pp. 305-317 <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpa.2011.05.002>

⁵⁶ C. Boulton, C. Christmas, S.C. Durso, B. Leff, L.B. Boulton, L.P. Fried Perspective: transforming chronic care for older persons Acad Med, 83 (2008), pp. 627-631 <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181782b14> Medline

En los sistemas de salud se deben tomar en consideración el proceso de transformación de las prestaciones sanitarias, incorporando la atención de las personas mayores con equipos especializados y adaptación de la infraestructura instalada; simultáneamente, se debe enfrentar la presión que causa el envejecimiento de la población en el gasto destinado a salud.

La participación consiste en promover la organización de los individuos en torno de intereses y en crear condiciones para que la comunidad pueda defenderlos, reivindicarlos, articularlos, hacer alianzas o determinar políticas públicas⁵⁷. En el caso de las personas mayores, la autorrealización personal implica desempeñar un papel más activo en los asuntos públicos, defendiendo sus demandas en el acceso equitativo a oportunidades de empleo y ocupar espacios centrales antes que marginales en la sociedad.

La población de 60 años y más años presenta un perfil epidemiológico complejo, con una combinación peculiar de condiciones infecciosas características de poblaciones que viven en situaciones de pobreza y de condiciones crónicas no transmisibles características de las poblaciones ya envejecidas. A pesar de los adelantos en el control de las enfermedades infecciosas, éstas, y en particular las emergentes y reemergentes, aún constituyen una amenaza grave para la población mayor de bajo nivel socioeconómico.

Programas de Salud del Adulto Mayor. Desde 1980, la OPS ha manifestado su preocupación por la falta de programas adecuados para las personas mayores y ha instado a los Estados Miembros a establecerlos. Los ámbitos específicos de acción que ha priorizado la OPS en sus recomendaciones para la formulación de programas y servicios de salud destinados a las personas mayores son: i) programas comunitarios integrales, que proporcionan una gama de entornos para el envejecimiento sano, y programas concebidos para apoyar las actividades de cuidado familiar, la protección de la dignidad de las personas y la evitación del internamiento innecesario en establecimientos asistenciales cuya salud ambiental es frágil; ii) programas formulados para fortalecer la capacidad del nivel de atención proporcionada a las personas mayores y que permiten así la utilización de las salas de urgencia de los hospitales públicos que es más costosa; y iii) programas concebidos para ofrecer incentivos capaces de alentar la autonomía, las actividades socialmente productivas y los programas generadores de ingresos para las personas mayores⁵⁸.

A lo anterior se le agregaría la prevención, concebida como la alternativa para una vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional, y cuando éste se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible⁵⁹.

Dentro del envejecimiento poblacional se perfila como un desafío con consecuencias políticas, sociales y económicas. Junto al envejecimiento de la población, el aumento en

⁵⁷ Véase, Licha I. (1998), Participación comunitaria. Conceptos y enfoques de la participación comunitaria, Washington, D.C., Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES)

⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998), Salud de las personas de edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma (CSP25/12), Washington, D.C

⁵⁹ Romero C de Alba, A. Gorroñoigoitia Iturbe, C. Litago Gil, I. Martín Lesende y A. Luque Santiago. Grupos de expertos del PAPPs. Actividades preventivas en los ancianos. EN: Aten Primaria (2001) Vol. 28. Supl. 2. Noviembre; P-162

la urbanización, la transición demográfica y la migración harán que los sistemas de salud y los gobiernos se encuentren frente a un imperativo de resolución incierta en el corto plazo.

Hoy es una condición del desarrollo, pero también es necesaria para el desarrollo de las sociedades⁶⁰.

El envejecimiento de la población y la inversión de la pirámide de población son las características más comunes en casi todos los países desarrollados en Europa y América. Este fenómeno acarrea notables incertidumbres respecto a la capacidad de los sistemas públicos de previsión social para seguir manteniendo los niveles de cobertura prestados en la actualidad. Una primera consecuencia ha sido la paulatina y progresiva introducción de los sistemas complementarios a la jubilación a través de planes de pensiones privadas y pólizas de seguro; sin embargo, las necesidades de las personas con edades más avanzadas, así como aquellos ciudadanos con una salud más frágil, no se limitan a la percepción de una pensión. Es indudable que a medida que la persona es mayor, su estado de salud se va deteriorando, va envejeciendo y genera frecuentemente necesidades (asistencia, tratamientos continuados específicos) a las que difícilmente puede hacer frente con los ingresos fijos mensuales de la pensión recibida. Es precisamente en estos casos cuando mayores gastos se generan por vía de cuidados, asistencia, farmacéuticos, etc.⁶¹.

En años recientes una problemática ligada en primera instancia a la transformación de las estructuras demográficas ha hecho coincidir los intereses de especialistas en diversas disciplinas para estudiarla y proponer soluciones viables a sus manifestaciones concretas en cada país. Esta problemática que ha sido identificada con el término inclusivo de "envejecimiento", vuelve a poner en primer plano la discusión planteada por economistas y demógrafos hace casi cuatro décadas respecto a la relación entre dinámica demográfica y distribución del ingreso. En aquel momento, el interés estaba centrado en identificar el crecimiento natural de la población como freno al crecimiento económico, apreciables a nivel macro y microeconómico. Sobre el primero, una parte importante de los recursos generados por la sociedad tenía que dedicarse a satisfacer una demanda creciente de servicios de salud y educación para los individuos que año con año nacían, en lugar de dedicar estos recursos a la inversión productiva. A nivel microeconómico, el ingreso familiar tenía que repartirse entre mayor número de miembros, lo que hacía aparecer como imperativo actuar sobre el nivel de natalidad para reducirlo. Hoy en día, una vez alcanzadas las metas demográficas en una proporción importante de las naciones del mundo al abatir tanto la elevada natalidad como la mortalidad, el resultado ha sido una disminución significativa en la tasa global de fecundidad y un incremento de la esperanza de vida, indicadores que, por cierto, no están afectados por la estructura por edad de la población. Esta situación ha traído como consecuencia un crecimiento en la participación del grupo de 60 años o más en el total de la población, lo que hace necesario dedicar recursos a su atención y garantizar su sobrevivencia en condiciones adecuadas.

⁶⁰ Consejo Nacional de Geriatria y Gerontología. Impacto del envejecimiento en los sistemas de salud y políticas de seguridad social para el adulto mayor, León Guanajuato, México, 2009.

⁶¹ Peña Esteban, J. Iñaki de la Impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y la dependencia Papeles de Población, vol. 9, núm. 35, enero-marzo, 2003 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México

Con el razonamiento originalmente aplicado al caso de la natalidad, resulta que ahora hay que dedicar recursos a la población envejecida en un monto creciente, sin que la sociedad en general y los individuos en particular hayan acumulado lo suficiente para responder a estas necesidades.

Bajo esa lógica, es necesario ver al envejecimiento demográfico como un fenómeno creciente que apunta sobre las nuevas demandas sociales por parte de población en la tercera y cuarta edad. Aunque también permite considerar el impacto que tiene la estructura y composición de las poblaciones sobre la organización social, el papel de las instituciones, y la organización política y económica, en cuyo contexto orientado a la globalización resulta crucial el grado de desarrollo social y económico alcanzado previamente en cada país. Es sugerente, entonces a partir de la discusión sobre el envejecimiento, integrar nuevas demandas al quehacer de las políticas sociales y deslindar la visión competitiva de las prioridades sociales.

Durante este periodo, a la ciencia y técnica se les ha concedido el poder social y político para modificar la vida social, en gran medida orientando a actuar sobre el ritmo de crecimiento natural. Sin embargo, los efectos sociales y económicos de la transición epidemiológica a fin de siglo, son uno de los principales intereses de los científicos sociales ligados con el estudio de la dinámica demográfica y la salud. La situación ha justificado la preocupación mundial sobre la calidad de vida de grupos envejecidos sobre todo en lo concerniente a la salud. Se ha planteado una transformación del significado de enfermedad, pues se vuelve una condición permanente que trastoca el sentido del sufrimiento humano, pero que transforma profundamente nuestra percepción de la vejez. Dimensión cultural que se puede redefinir dependiendo de la organización económica e institucional de la formación social.

La información demográfica y epidemiológica, la reforma del Estado y la nueva configuración de las políticas sociales permiten reflexionar sobre los nuevos escenarios de las instituciones de atención a la salud. La oleada de reformas a la seguridad social es un antecedente obligado para entender los contextos globales en los que se asienta el bienestar social de la población en el futuro.

Las características de la estructura por edad de la población en el presente y en el futuro, así como su perfil epidemiológico sugieren que la inversión en la salud debería ser un área estratégica en la redistribución del ingreso de la población latinoamericana, así como un freno a la reproducción generacional de la pobreza en futuras poblaciones.

Este contexto de reformas permite reflexionar sobre el carácter que adquiere la nueva configuración de la seguridad social en un contexto demográfico y epidemiológico, en el cual surgen nuevas demandas y se incrementan aquéllas que históricamente no se han podido trascender. El caso de la población envejecida ha sido abordado desde una perspectiva neoliberal como un gasto y carga social, cuando su situación ha sido un efecto también de la estrategia de ajuste, pero sobre todo de la paradoja que surge de la confrontación entre modernidad como proceso y modernización como resultado. Misma que se manifiesta en lo demográfico a través de un incremento de la esperanza de vida, como logro de la modernidad, pero en condiciones de vulnerabilidad y marginación como efecto de la misma modernización. La fragilidad social y física de esta población, el peligro de combinar varios padecimientos crónicos con aquéllos de tipo infeccioso, hace relevante el estudio que relaciona el proceso de envejecimiento con la reorganización de la seguridad social, la configuración de la política social y el modelo de desarrollo actual.

La ausencia de personal capacitado para atender a la población y la orientación en clínicas con medicina general, en el caso de que existan regionalmente, puede propiciar problemas contradictorios con la intencionalidad de la salud pública. Los problemas de salud en México están fundamentalmente relacionados con la interacción que producen dos transiciones: la demográfica y la epidemiológica; observables en sus resultados en la estructura por edad de la población y en la estructura de las enfermedades y causas de muerte, donde se enfrenta una grave contradicción ya que seguimos arrastrando problemáticas de salud de países jóvenes con tasas de mortalidad infantil altas y grandes diferencias entre entidades federativas, con presencia significativa de enfermedades de tipo infeccioso, pero comenzamos a experimentar en la vida cotidiana padecimientos crónicos que afectan fundamentalmente a las generaciones viejas y que tienen mayor presencia en algunas zonas del país. Esta situación pone en competencia la asignación de recursos para la atención de enfermedades e influencia claramente la definición de políticas en esta materia⁶².

La educación tiene un papel muy importante en la instrumentación y el cambio en los arreglos para asegurar la vejez, tópicos como la nutrición, la disminución de accidentes, los cuidados hacia el cuerpo desde un punto de vista menos dependiente de la industria farmacológica, una cultura de vigilancia de las instituciones de cuidados prolongados, así como instancias de supervisión son fundamentales para apoyar a la población en la transición a los nuevos modelos de seguridad social.

INFORME AL EJECUTIVO FEDERAL 2015-2016

Del informe al ejecutivo federal y al congreso de la unión 2015-2016 se retoman textualmente algunos puntos relevantes:

La situación financiera del IMSS es presionada por una demanda creciente de servicios de salud.

Se establecen dos objetivos básicos. El primero consiste en aumentar la calidad y calidez de los servicios, y el segundo, en sanear financieramente a la institución.

Para cubrir los objetivos se proponen las siguientes estrategias:

- Mejorar la productividad y eficiencia de los servicios prestados.
- Fortalecer la transparencia en todos los procesos del instituto.
- Fomentar el cumplimiento de las obligaciones de todos los actores.
- Mejorar la atención médica, el buen trato a los pacientes, el abasto suficiente de medicinas y equipo médico, y la simplificación de trámites.
- Otorgamiento para una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

La situación financiera del IMSS está determinada por la dinámica de diversos factores externos e internos, como los demográficos y los epidemiológicos.

⁶² Politics, not demography, now determines the size of the elderly population and the materials conditions of its existence. (Myles, 1983)

COROLARIO

Como se pudo observar en los resultados estadísticos, el comportamiento descendente que están teniendo tanto la fecundidad como la mortalidad influye en el incremento de la esperanza de vida de la población, pero también ha propiciado un progresivo proceso de envejecimiento de la población.

El cambio demográfico incide en la intensidad y motivos de demanda de servicios del grupo de edad correspondiente a los 60 y más años. Por su parte, la transición epidemiológica se refleja en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles que afectan principalmente en el grupo de 60 y más años de edad, que representan la mayor carga de enfermedad medida por los años de vida saludables y que representan el 75 % de las consultas otorgadas por el IMSS y con un enorme gasto en diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal y cáncer cervicouterino y de mama, que a nivel nacional en 2015 fue de 79,000 millones de pesos; por otro lado, el desplazamiento de la mortalidad de los niños hacia los adultos. La diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas, insuficiencia renal y neoplasias malignas, ocupan los primeros lugares de mortalidad en los años de 2012-2016.

En lo referente a las pensiones, la evolución es relevante, dada la situación financiera del IMSS, toda vez que no aportan ingreso corriente. Los gastos erogados por las prestaciones y servicios que se les proporcionan son cubiertos principalmente por las cuotas de los trabajadores en Activo y las aportaciones A Cargo del Gobierno Federal, de acuerdo a lo señalado en la Ley del Seguro Social.

El aumento anual promedio es del 4.2 %, que a nivel nacional se cubre a 3,734,476 no IMSS pensionados durante el año 2015 y 263, 637 pensionados IMSS.

Como estrategias para enfrentar el problema se cuenta con PREVENIMSS que surgió en el año 2002 como una respuesta a las transiciones demográfica y epidemiológica, así como de los servicios de salud. El PREVENIMSS integra acciones de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades. Con respecto a las detecciones, el enfoque se dirige a 5 padecimientos prioritarios: diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal, hipercolesterolemia, cáncer cervicouterino y de mama.

Para la buena marcha, la formación del personal de salud resulta muy importante para el IMSS, y en que la capacitación médica continua y de la alta demanda de servicios médicos de calidad obliga a desarrollar en la población derechohabiente medidas educativas efectivas para la atención temprana de los padecimientos de alto impacto y así contribuir a mejorar la calidad de vida y como consecuencia mitigar el crecimiento de los gastos médicos en los próximos años. Se hace énfasis en la población de 60 y más años de edad dando especial prioridad a la promoción de la salud⁶³, educación para el autocuidado de la salud, envejecimiento activo (inició en 2012) que es una respuesta institucional ante el proceso de envejecimiento de la población derechohabiente; sus objetivos son propiciar en el adulto mayor un envejecimiento activo y saludable⁶⁴,

⁶³ La organización mundial de la salud, define la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud al poner en práctica enfoques participativos y colaborar, tanto a nivel individual como de las organizaciones y las comunidades, para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. La promoción de la salud propicia cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud.

⁶⁴ Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad

fortalecer y restaurar su autoestima y la conciencia de su valor social, disminuir el riesgo de síndromes geriátricos y discapacidad y generar redes sociales mediante un modelo lúdico, participativo y vivencial para un aprendizaje significativo; tabaquismo, alcoholismo, sobrepeso y obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.

En síntesis, las transiciones demográfica y epidemiológica ejercen presión para el financiamiento de las pensiones y en el gasto en servicios médicos⁶⁵

De todo lo escrito hasta ahora, se considera que el problema planteado ha tenido respuesta desde diferentes ángulos o puntos de vista; sin embargo para nosotros la educación (bajo otro concepto diferente a las diversas maneras de entenderla), tiene un papel muy importante en la instrumentación y el cambio en los arreglos para asegurar la vejez, tópicos como la nutrición, la disminución de accidentes, los cuidados hacia el cuerpo desde un punto de vista menos dependiente de la industria farmacológica, una cultura de vigilancia de las instituciones de cuidados prolongados, así como instancias de supervisión son fundamentales para apoyar a la población en la transición a los nuevos modelos de seguridad social.

En relación a las medidas educativas (y aquí es donde reside la propuesta) habría que preguntarse cuál es el significado de educación, ya que históricamente incluye a los conceptos de: acción, acción social, aprendizaje, disposición psíquica, propósito de fomentar algo, ideal, interacción social, objetivo del aprendizaje, necesidad del aprendizaje y educabilidad.

En términos generales por aprender a través de la experiencia conduce a la adquisición o al cambio de las disposiciones psíquicas con vistas a una vivencia o una conducta determinada, por lo que el aprendizaje es un efecto que incide en la personalidad del que lo adquiere⁶⁶, (Brezinka W, 1990).

Para precisar la categoría “educación” se requeriría de responder a las siguientes preguntas: ¿quién educa?, ¿a quién educa?, ¿para qué fin educa?, ¿en qué circunstancias educa?, y ¿Cómo educa?; sin embargo, los conceptos solo serán útiles en la medida en que den respuesta a las interrogantes. En general habría que preguntarse ¿por qué debe ser alguien educado por alguien, en qué circunstancias y modo?

Significado de educación e importancia de reformularla a partir de la formación en docencia del personal de salud.

Se entiende por educación aquellas acciones con las que los hombres intentan mejorar en algún aspecto y de forma duradera la estructura de las disposiciones psíquicas de otros hombres, o conservar sus componentes enjuiciados como valiosos o impedir la aparición de disposiciones que se consideran perniciosas, en síntesis, educación son las acciones con que los hombres intentan fomentar en cualquier aspecto la personalidad de otros hombres, (Ibidem).

y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población.

⁶⁵ Informe al ejecutivo federal. Instituto Mexicano del Seguro Social 2015-2016

⁶⁶ Brezinka W. (1990). Conceptos básicos de la ciencia de la educación, Ed Herder, Barcelona, España.

En relación al concepto “enseñanza”, un autor de talla mundial dice que los profesores deberían aprender didáctica, en un proceso de desarrollo paulatino, por etapas, a partir de su experiencia cotidiana previa, y cómo, a partir de aquí, se debería hablar y escribir sobre las incidencias psicológico-pedagógicas, precisamente en la lengua materna del profesor, y no en chino⁶⁷, (Aebli H, 2008).

Consideramos que precisamente el problema reside en que el personal de salud en general, no cuenta con un marco teórico acerca de lo que significa la docencia; por eso el personal de salud no tiene impacto en sus acciones educativas dirigidas a la población, y más complicado es aun con las personas de 60 y más años de edad, que potencialmente, e incluso ya se está viendo en la realidad, pueden cursar con enfermedades crónico degenerativas.

La población de 60 y más años de edad continuará incrementándose, lo que conlleva mayor demanda de servicios asistenciales al IMSS, lo que ya ha sido captado por la institución a nivel nacional, aunado a lo anterior, las pensiones. En lo referente a las pensiones totales otorgadas por la Delegación del IMSS en el Estado de Hidalgo, en 2012, 57,774 vs 75,560 en 2016 (30.79 % más). El importe de nómina a diciembre de 2016 fue de \$ 154,797,214.20,

al mes de enero de 2017 el importe de nómina fue de \$ 156,618,440.54.

Del total de pensionados, 18,176 correspondieron a cesantía en 2012, y 23,033 en 2016 (26.72 % más), y por vejez en 2012, 3,481 vs 4558 en 2016 (300.94 %), también se incrementarán en la medida que la población y las enfermedades se incrementan. Para mitigar el problema generado por las transiciones demográfica y epidemiológica que como ya se mencionó, dichas tendencias de la población general y por género, nacimientos, defunciones y fecundidad, determinan que la esperanza de vida al nacimiento también registre la tendencia al incremento, siendo mayor la expectativa de vida para las mujeres (4.73 años más) con respecto a los hombres, el IMSS cuenta con el PREVENIMSS, cuyos objetivos y resultados ya han sido señalados anteriormente, por lo que no es necesario repetirlos; sin embargo, a nivel de la Delegación del IMSS en el Estado de Hidalgo (a excepción de las detecciones de diabetes mellitus) en todas las demás detecciones se observa disminución; total de detecciones realizadas, 1,013,751 en 2012 vs 864,088 en 2016, lo que significó un 14.76 % menos, que de no hacer nada podría continuar para el próximo sexenio 2019-2024, e incluso también en la población usuaria de servicios asistenciales que se otorgan en las unidades médicas del IMSS en la Delegación en el Estado de Hidalgo, se dieron en 2012, 1,256,464 consultas de medicina familiar y en 2016, 1,196,266 consultas, lo que significó 60,198 consultas menos, representando un 4.79 % menor con respecto a 2012; se otorgaron en especialidades en 2012, 279,808 consultas vs 273,625 en 2016 lo que significó un 2.21 % menos.

Durante la revisión documental nos percatamos que casi todo lo relacionado a cómo enfrentar la problemática está dicho; sin embargo, lo que está a nuestro parecer faltando es mayor educación de calidad que es un acto de transformar y con efectividad a la población de 60 y más años de edad, y por ello, se insiste en la necesidad de que todo el personal de salud que ejerza actividades educativas tenga capacitación e incluso

⁶⁷ Aebli H. (2008). 12 formas básicas de enseñar, Ed. Narcea, Madrid, España. Ausubel-Novak-Hanesian. (1983). Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo. 2° Ed. Trillas, México.

formación en docencia, al respecto cabe señalar que en el IMSS no hay un concepto claro de lo que significa la “educación para la salud”, ya que cada actor la aplica a su entender o en base a una normatividad institucional.

En la práctica cotidiana se observa que los profesores universitarios tienen diversas profesiones, y lo que hacen es transmitir sus conocimientos homogeneizados, y dado el caso aplicar tecnología educativa que ve las cosas desde un punto de vista muy simplificado, en donde no se analizan ni cuestionan los contenidos, sin pensar que para la enseñanza que es un conjunto de dilemas por los cuales hay que optar, ya que hay muchas realidades posibles, y el aprendizaje en que se necesita de muchos referentes para comprender la complejidad de la educación que debiera responder a necesidades y situaciones distintas, y no a la estandarización, y para eso se requiere de otro tipo de conocimientos acerca de la manera en que se puede tener impacto en los receptores, y por ello, existen diversos documentos y cursos formales acerca de la docencia vista desde diferentes enfoques y disciplinas.

La educación entonces está formada por procesos macros: económico, cultural, político, social, Antropológico, psicológico, etc.; de ahí que la docencia sería el motor para que los educadores apliquen multiplicidad de acciones de elevada calidad y significatividad.

En relación al impacto en las pensiones, hasta la actualidad en la delegación estatal del IMSS en Hidalgo es preocupante, e incluso esa preocupación se pudiera extrapolar al próximo sexenio 2019-2024; sin embargo, en el mes de Agosto de 2017 el director general del IMSS anuncio que el instituto tiene superávit de \$6,000 millones, atribuibles al ahorro por compra consolidada de medicamentos, lo cual es un síntoma de que hay posibilidades de adecuadas tomas de decisiones: Así pues, consideramos que se pueden mejorar las acciones educativas.

4.3 CONCLUSIONES

Derivado de la investigación documental y de campo, se concluye que en general, para el sexenio 2019-2024 continuarán teniendo impacto creciente las transiciones demográfica y epidemiológica en las pensiones, atención médica y preventiva en la población usuaria de 60 y más años de edad, adscrita a unidades médicas de la Delegación Estatal del IMSS en Hidalgo.

Para fundamentar lo anterior, se obtuvieron y analizaron los indicadores del impacto de las transiciones demográfica y epidemiológica, así como de las pensiones, atención médica y preventiva (que por cierto está a la baja de acuerdo a los resultados en la Delegación del IMSS en Hidalgo) en la población general, ya que no fue posible obtener información específica de la población usuaria de 60 y más años de edad; sin embargo, durante el desarrollo del trabajo se contó con los suficientes argumentos conceptuales y estadísticos obtenidos del análisis de la literatura para realizar deducciones e inducciones sobre la problemática y diversas alternativas potenciales de solución.

Se explicita el impacto y consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en las prestaciones médicas asistenciales y preventivas, así como en las pensiones en la población de 60 y más años de edad, en la Delegación del IMSS en el Estado de Hidalgo.

Se analizaron los resultados de la investigación de campo, y se propone adoptar conceptos de enseñanza, aprendizaje y de educación retomándolos de Brezinka, realizando previamente una crítica a las formas y procedimientos que sigue el personal

de salud actualmente para llevar a cabo un proceso educativo, en especial a población de 60 y más años de edad y que a nuestro parecer las acciones educativas no tienen el resultado esperado.

Se considera que la Delegación Estatal en Hidalgo debe delinear acciones de promoción y educación para la salud con un nuevo concepto, tendientes al cumplimiento en el otorgamiento de las pensiones y en la atención a las personas de 60 y más años de edad.

Se realizaron comentarios relacionados con la “educación” y necesidades de formación en docencia al personal de salud y se presentan resultados que permiten identificar que las acciones asistenciales y preventivas hasta el Año 2016 están a la baja, situación que de no hacerse nada continuará esta tendencia para el periodo 2019-2024, siendo necesario el incremento y mayor eficacia, eficiencia y efectividad en las acciones de prevención, resaltando a la educación y promoción de la salud como primordiales, y en que se necesita de capacitaciones exhaustivas a personal multidisciplinario no solo en contenidos, sino en docencia, por considerar que pueden contribuir a evitar el impacto de las mencionadas transiciones demográfica y epidemiológica en las pensiones y en la contención de los costos por atención médica.

La educación tiene un papel muy importante en la instrumentación y el cambio en los arreglos para asegurar la vejez, tópicos como la nutrición, la disminución de accidentes, los cuidados hacia el cuerpo desde un punto de vista menos dependiente de la industria farmacológica, una cultura de vigilancia de las instituciones de cuidados prolongados.

4.3 RECOMENDACIONES

Lo deseable sería ver todo el problema del envejecimiento, en función a los derechos humanos, y que las pensiones, independientemente de quién las otorgue, sean para todas las personas de 60 y más años de edad, para ello, es necesario crear una pensión única, con cobertura efectiva, generalizada y que garantice un ingreso mínimo a toda la población; y para incidir en las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica se requiere de un proceso de educación que en términos ideales debería iniciarse desde edades tempranas.

BIBLIOGRAFÍA

Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 feb 14;385(9968).

Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York, London: United Nations Population Fund; HelpAge International; 2012.

Azuara, Oliver (2005), "Análisis económico de la pensión universal en México. Del populismo a la realidad fiscal", Documento de trabajo, Centro de Investigación para el Desarrollo (CIDAC), julio.

Banco Mundial, 2005

Beaman, P. y otros: op. cit.

Beard JR, Petitot C. Aging and urbanization: ¿can cities be designed to foster active aging? *Public Health Rev*. 2011;32(2):427–50.

Boult, C. Christmas, S.C. Durso, B. Leff, L.B. Boult, L.P. Fried Perspective: transforming chronic care for older persons *Acad Med*, 83 (2008), pp. 627-631

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2012). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Recuperado el 11 de septiembre de 2014.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión [en línea]: Ley del Seguro Social, 2013.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Santiago de Chile, CEPAL, 2003.

Conferencia Interamericana de Seguridad Social (2005), Mercado Laboral y Seguridad Social en Una Sociedad que Envejece: Un Resumen para México, Documento de Trabajo 0503, CISS, noviembre 2005.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2012), Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012, México, D.F. CONEVAL.

Consejo Nacional de Geriátría y Gerontología. Impacto del envejecimiento en los sistemas de salud y políticas de seguridad social para el adulto mayor, León Guanajuato, México, 2009.

Consultores Internacionales S C. Sistema de pensiones. Una bomba de tiempo, No. 566, 2012.

Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030, CONAPO, Gobierno Federal

Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios de la SEDESOL (2012), "Diagnóstico integral de las personas adultas mayores en México 2012". Mimeografiado.

García Maldonado, O. Teoría y práctica de la seguridad social, Universidad de Guadalajara, Mex, p 5, 1995.

Gobierno del Distrito Federal, 2014

Gobierno del Estado Hidalgo. Diagnóstico Sectorial de Salud 2014.

Instituto Mexicano del Seguro Social: 60 años de servir a México, IMSS, 2016.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations; 1966 (<http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr.pdf>, accessed 7 June 2015).

Judith A. Owen, Jenni Punt, Sharon A. Stranford. *Inmunología*. Mc Graw Hill Education. 2013, p. 792.

Licha I. (1998), Participación comunitaria. Conceptos y enfoques de la participación comunitaria, Washington, D.C., Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).

Listado de pensiones vigentes por rama de aseguramiento al mes de junio de 2017, IMSS

Mayer-Foulkes (2001), citado por CMMS (200).

OCDE. Estudio de la OCDE sobre los sistemas de pensiones en México, 2016.

Organización de las Naciones Unidas: Declaración de los Derechos Humanos, art. 25, 2016

Organización Mundial de la Salud (OMS): Envejecimiento y ciclo de vida, 2013.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva No. 381.

Organización mundial de la salud, 2014

Organización Panamericana de la Salud [PAHO]. (2007; 2012). Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.

Paz, Jorge A. (2010) “Envejecimiento y Empleo en América Latina y el Caribe”, Organización Internacional del Trabajo, Departamento de Políticas de Empleo, Documento de Trabajo No. 56, Ginebra Suiza.

Peña Esteban, J. Iñaki de la Impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y la dependencia Papeles de Población, vol. 9, núm. 35, enero-marzo, 2003 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México

Political declaration and Madrid international plan of action on ageing. New York: United Nations; 2002 (http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf, accessed 4 June 2015).

Politics, not demography, now determines the size of the elderly population and the materials conditions of its existence. (Myles, 1983)

Programa Nacional de Salud 2007– 2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud. México. 2007. p23.

Ramírez Medrano A. El sistema de pensiones en México, perspectiva global de sus reformas: 1997 y 2007; Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Economía, 2009.

Ramos. C. J., Ramo. R. S., Sánchez. N. R. (2013) Reflexión sobre la inclusión social del adulto mayor. Recuperado el 3 de agosto del 2014.

Red2Red Consultores. (2008) La movilidad geográfica de las personas con discapacidad y la accesibilidad de las rutas de trabajo. Fondo Social Europeo y Fundación ONCE

Romero C de Alba, A. Gorroñoigoitia Iturbe, C. Litago Gil, I. Martín Lesende y A. Luque Santiago. Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en los ancianos. EN: Aten Primaria (2001) Vol. 28. Supl. 2. Noviembre; P-162

Rubio, Gloria y Garfias, Francisco, “Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Serie Políticas Sociales No 161. Santiago de Chile, 2012.

Solís, Fernando (2001). Los sistemas de pensiones en México, la agenda pendiente. Instituto para el Desarrollo Técnico de las Haciendas Públicas.

The right to the highest attainable standard of health. New York: United Nations; 2000 (E/C.12/2000/4).

United Nations Department of Economic and Social Affairs Population División. (2009). Population ageing and development. New York: United Nations.

Villagómez F A. Panorama del sistema de pensiones en México, Banco Mundial, 2016.

Ward, S. Parikh, B. Workman. Health perspectives: international epidemiology of ageing Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 25 (2011), pp. 305-317

Wong, R. y otros (2005): Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. En Revista Panamericana de Salud Pública, N° 17, Organización Panamericana de la Salud, pág. 323-332.

20 minutos. Un estudio muestra que la depresión es ya la segunda causa mundial de discapacidad. Recuperado el 2 de septiembre de 2014.

ANEXOS

FUNDAMENTOS LEGALES

Legislación de adultos mayores en México

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es la principal fuente de definición legislativa en México. Pese a que la Carta Magna consagra las garantías de la población nacional, no hace referencia específica al término “adultos mayores”.

- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 25 de junio de 2002, que tiene como objeto “garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento”; además de regular:

- La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores.
- Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional.
- El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Esta Ley define como personas adultas mayores a la población mayor de 60 años y aún aquellas que, siendo extranjeras, estén en tránsito o domiciliadas en el territorio mexicano (artículo 3). Además, garantiza diferentes derechos en los rubros de integridad, dignidad y preferencia; certeza jurídica; salud, alimentación y familia; educación; trabajo; asistencia social; participación; denuncia popular y acceso a los servicios.

LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO UN ENFOQUE HISTÓRICO. IMSS

En México, la creciente industrialización del país y el aumento correlativo del sector obrero, hace evidente la necesidad de fundar Instituciones que se encarguen de mantener a los trabajadores en buenas condiciones. En el campo de la Seguridad Social nuestra legislación constituye una respuesta de cambio que se dio derivada, desde luego, del esquema liberal de corte individualista de la Constitución de 1857, al esquema de tipo social ratificado e impuesto por la Constitución de 1917. Entre los artículos que ratificaron la postura social del Estado Mexicano, encontramos el 123 y su fracción XIX y su posterior reforma de 1929, en la que se previó la necesidad de crear el Seguro Social, siguiendo las tradicionales coberturas de enfermedades y maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte, si bien no fue hasta, diciembre de 1942 cuando se materializó la previsión, como lo explicaremos más adelante. El fundamento constitucional de la Seguridad Social lo podemos encontrar en el artículo 123, apartado A fracciones XII, XIV y XXIX y en el apartado B fracciones

XI, XIII, XIII Bis y XIV, así como en el artículo 4º, párrafos tercero y cuarto. De estas disposiciones han emanado diversos ordenamientos ordinarios o secundarios, con lo cual queda constituido el actual sistema jurídico de la Seguridad Social en México.

La integración del sistema vigente de la Seguridad Social se efectúa en términos de tres sectores importantes: a) El de la Seguridad Social de los trabajadores en general; b) El de los servidores públicos; y c) El de la población no sujeta a una relación de trabajo. a) En relación con la Seguridad Social de los trabajadores en general podemos decir que está constituida por el sector más importante en la materia de estudio. El sustento de este sector se da por cuotas obrero-patronales, y sus servicios son prestados por el IMSS.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123 de la Constitución General de la República, promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara “De Utilidad Social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares”. A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En ella se proponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. La iniciativa de Seguro Obrero suscitó la inconformidad de los patrones que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraron que también otros sectores deberían aportar. En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción (Vigésimo Novena) XXIX del artículo 123 Constitucional para establecer que “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”. Con todo abrían de pasar todavía casi 15 años para que la Ley se hiciera realidad.

En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de Ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administraciones tripartitas, que incorporarían a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería aún estudios ulteriores. Por encargo del mismo presidente Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores, su principal autor fue el titular de la Secretaría de Gobernación, Lic. Ignacio García Téllez, abogado de 40 años de edad, quien para esa fecha ya había sido Diputado Federal, Gobernador Interino de Guanajuato, Rector de la Universidad Autónoma de México, y durante el régimen Cardenista, Secretario Particular del jefe del Ejecutivo y como dijimos, Secretario de Gobernación. Colaboraron varios especialistas en Derecho, Medicina y Economía, basados en la legislación, expedida en otros países.

El proyecto de García Téllez se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que cubrirían o prevendrían los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales, maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria. Aprobado el proyecto, fue enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938. Pero tampoco esta vez pudo llegar más adelante, pues a los legisladores les pareció conveniente que se elaborara un documento más

completo, fundamentado en estudios actuariales. Por otra parte, la situación del momento, de fuerte crisis provocada por la expropiación petrolera, exigía promover antes que nada la unidad nacional. A partir de 1939 la situación de guerra motivó muchas inquietudes por encontrar soluciones a los problemas de desigualdad económica y social. Uno de los puntos de acuerdo de los firmantes de la Carta del Atlántico fue que, una vez terminado el conflicto bélico, había que iniciar la búsqueda de Instituciones tanto nacionales como internacionales, que procuraran a parte de la paz y la tranquilidad mundial “la seguridad de que todos los hombres de todos los países pudieran vivir libres de temores como de necesidades”. Hacia 1942, concluían todas las circunstancias favorables para que finalmente pudiera implantarse en México, el Seguro Social.

El interés del presidente Avila Camacho, ilustre teziuteco, por las cuestiones laborales ya se había manifestado desde el mismo día en que asumió la presidencia, cuando anunció la creación de la secretaria del Trabajo y Previsión Social y la encomendó al Lic. Ignacio García Téllez. Atendiendo a la tónica del momento la función inicial de la naciente dependencia fue limar asperezas y procurar la conciliación obrero-patronal. En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana. Se trataba de “Proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales”. El Congreso aprobó la iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial, la Ley del Seguro Social. Ahí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la Seguridad Social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo.

Como instrumento básico de la Seguridad Social se establece el seguro social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social. b) Por lo que respecta a la Seguridad Social de los Servidores Públicos, llamada también Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado, que presenta diferencias sustantivas según las particularidades del servidor público sujeto a protección social y se encuentra normada por diversas disposiciones, entre las que destacan: la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Ley del Seguro Social, la Ley de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas, las diversas Leyes de Servicios Sociales de las Entidades Federativas, así como los diversos reglamentos y demás disposiciones producto de las leyes antes citadas, las Constituciones Estatales y las leyes reglamentarias en la materia.

Díaz Limón J. La Seguridad Social en México “Un enfoque histórico”, Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM, 2014.

LA TRANSICIÓN DEL SISTEMA MEXICANO DE PENSIONES HACIA UN SISTEMA DE CUENTAS INDIVIDUALES DE CONTRIBUCIÓN DEFINIDA HA AUMENTADO SU SOSTENIBILIDAD FINANCIERA, AFIRMA UN ESTUDIO DE LA OCDE

México, DF a 15 de octubre de 2015

Las reformas al Sistema de Pensiones de México, particularmente la introducción de un sistema de cuentas individuales de contribución definida, han mejorado significativamente su sostenibilidad financiera. Estas reformas han incluido a trabajadores del sector privado asegurados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a empleados del gobierno federal asegurados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y a algunas otras agencias gubernamentales. Según el nuevo informe de la OCDE sobre el Sistema de Pensiones de México, un desafío pendiente consiste en armonizar gradualmente las reglas de todos los planes de pensiones – del gobierno federal, de los gobiernos locales y de las universidades, entre otros - con el objetivo de eventualmente establecer un sistema de pensiones realmente nacional y equivalente para todos los mexicanos.

De acuerdo con el estudio, a finales del 2014 el sistema mexicano de pensiones disponía de activos avalando las pensiones por un valor aproximado del 14.1% del PIB. En tan sólo 17 años, México se ubicó en el rango medio de la OCDE. El Secretario General de la OCDE, Angel Gurría, también aseguró durante el lanzamiento del reporte en la Ciudad de México que “en materia institucional, de acuerdo con las prácticas comunes en los países de la OCDE, la regulación y supervisión del sistema por parte de la CONSAR ha funcionado correctamente, lo cual ha hecho posible que el sistema de pensiones de México sea más eficiente y se convierta en una herramienta para promover la inclusión y el bienestar.”

Sin embargo, los retos persisten y por ello es necesario seguir haciendo mejoras para garantizar la supervivencia del sistema en el largo plazo. En este sentido, Gurría comentó que “el nuevo sistema de contribución definida sólo tendrá éxito si se incrementan las contribuciones obligatorias y se introduce un mecanismo de pro-rata para allanar la transición del “viejo” sistema de beneficio definido al “nuevo” sistema de contribución definida.” Asimismo, será importante aumentar las contribuciones al sistema, ya que las actuales son relativamente bajas para poder garantizar un nivel de ingreso de más del 50% del último salario de los trabajadores

Respecto de la protección para los adultos mayores, también existen importantes desafíos por delante. La tasa de pobreza entre los adultos mayores en México, quienes representan más de 30% de la población de este grupo de edad, es la segunda más alta de la OCDE, después de Corea. Para superar esta situación, el estudio propone aumentar el nivel de asistencia a la vejez y destaca la importancia de mejorar la integración entre el nivel asistencial, es decir las pensiones para adultos mayores, y la pensión mínima garantizada.

El estudio también pone énfasis en el nivel de restricción del actual régimen de inversión (las SIEFORE). Por el momento, los trabajadores tienen opciones muy limitadas en el sistema de multifondos. A pesar de un aumento en la diversificación, los fondos de pensiones de México siguen demasiado concentrados en deuda, en contraste con otros países de la OCDE.

Respecto de las AFORES, el estudio menciona que se podría fomentar aún más la competencia entre las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES). Si bien las

tasas cobradas por AFORE en México han disminuido en más de 70 puntos básicos en la última década, los niveles siguen siendo altos en un contexto internacional.

Hay diferentes requisitos para que los trabajadores del sector público y del privado sean elegibles para una pensión de vejez bajo el Sistema de Ahorro para el Retiro. Los trabajadores del sector privado afiliados al IMSS necesitan haber cotizado 1,250 semanas (24 años más 2 semanas) y tener 65 años de edad. Los trabajadores del sector público afiliados al ISSSTE necesitan haber cotizado 25 años y tener 65 años de edad. Cuando el trabajador no satisface los requisitos citados para obtener una pensión de vejez, el IMSS o el ISSSTE da una negativa de pensión al trabajador. En este caso, la persona puede retirar el total del saldo acumulado en la cuenta individual a la edad de 65 años.

El retiro anticipado entre los 60 y los 64 años es posible cuando el trabajador esté desempleado y haya cotizado al menos 1,250 semanas en el caso de los trabajadores del sector privado (o 25 años para los trabajadores del sector público).

En general, los cambios demográficos significativos generarán presión fiscal debido a la prolongada transición de las reformas pasadas y los numerosos esquemas en los que aún no hay reformas. En México, como en muchos otros países, ha habido mejoras constantes en la esperanza de vida y una baja muy pronunciada en la tasa de fecundidad en las últimas décadas. La población mayor de 65 años aumenta más o menos al doble cada 20 años, aun cuando se prevé que su crecimiento se reduzca después de 2030. En conjunto, la proyección es un incremento de 3.7 millones en 1990 a 31.5 millones en 2050, lo cual implica una tasa de crecimiento anual promedio de 3.6% comparada con el 1.0% para la población total. Por consiguiente, se espera que la población mexicana envejezca mucho más rápido que el promedio de los países de la OCDE. Aunque actualmente la tasa de dependencia de la vejez sigue por debajo del nivel promedio de la OCDE, la proyección es que lo alcanzará en 2070. Abordar la informalidad en el mercado laboral es el mayor reto para los sistemas de pensiones en los países latinoamericanos en general (OCDE, 2014), y también es crucial para México si se quiere garantizar pensiones satisfactorias. Debido a que el sistema de pensiones contributivas cubre a los trabajadores del sector formal que tienen un empleo dependiente y registrado, no se extiende a una gran parte de la población en edad de trabajar.

Las diferencias entre los sistemas IMSS e ISSSTE incluyen la tasa de contribución y la pensión mínima garantizada. Ambos sistemas fueron objeto de una gran reforma estructural donde se sustituyó el sistema de pensiones de reparto de beneficio definido por uno de cuentas individuales de contribución definida que se introducen poco a poco durante un largo periodo de transición. La reforma sucedió en 1997 para el IMSS y en 2007 para el ISSSTE.

Parámetros de edad y periodos de contribución. La edad normal de jubilación para acceder a la pensión completa es de 65 años. El periodo contributivo mínimo para tener derecho a una pensión en el antiguo sistema del sector privado, el cual se aplica a los trabajadores “generación transición”, es solo de 500 semanas (alrededor de 10 años). Con la reforma de 1997 aumentó a 1,250 semanas (alrededor de 24 años) para los nuevos cotizantes (en el sistema de contribución definida). Según la Ley de 1973, las

contribuciones hechas durante menos de 500 semanas no dan derecho a la pensión y, por lo tanto, el trabajador las pierde.

En general, la gobernanza del financiamiento de las pensiones carece de consistencia. Por ejemplo, el IMSS ha bajado sus reservas financieras destinadas a pensiones para cubrir los déficits operativos de sus cuentas en materia de salud, incrementando así la deuda neta implícita por concepto de pensiones mediante el agotamiento de los activos (OCDE, 2013). Esto requiere una separación jurídica y financiera más clara entre las instituciones de seguridad social y las instituciones de pensiones. El propio IMSS estima que el déficit aumentará de 1.2% del PIB en 2010 a casi 3% del PIB a mediados de la década de 2030.

Beneficios sociales mínimos para los adultos mayores

Ingresos relativos para la vejez

La tasa de pobreza en la vejez (medida como la mitad de la mediana del ingreso equivalente) ascendía en México a más de 30% en 2013, es decir, era la segunda más alta en la OCDE. La pobreza en la vejez también es alta comparada con la tasa de pobreza en la población total, ubicada en 20%. Por otra parte, los ingresos relativos de los mayores de 65 años eran considerados altos a finales de la década de 2000 en comparación con otros países de la OCDE. Alcanzó en promedio el 96% de los ingresos medios de la población total comparado con el 86% del promedio de los países de la OCDE; lo que coloca a México en el tercer lugar después de Luxemburgo y Francia. En términos generales, la combinación de estos indicadores implica desigualdades considerables entre los adultos mayores en México.

Pensiones mínimas

Al llegar a los 65 años, los trabajadores del sector privado tienen derecho a una pensión mínima, siempre que hayan cotizado durante un periodo mínimo de contribución. Conforme a la Ley de 1973, el nivel de la pensión es igual al salario mínimo del Distrito Federal, sujeto al requisito de 500 semanas de cotizaciones. Para los trabajadores bajo la Ley de 1997, la pensión mínima garantizada se fijó en el nivel de un salario mínimo de 1997, se indizó al índice de precios y se sujeta a un periodo de cotizaciones mucho más amplio de 1,250 semanas. Además, al recibir la pensión mínima también se obtiene el acceso a los servicios de salud. En diciembre de 2014, alrededor de 740,000 jubilados del sector privado recibían la pensión mínima de 1973, y unos 15,000, la pensión mínima, que en total representaba 44% de los 1.7 millones de jubilados del IMSS (de los 8.2 millones de adultos mayores a 65 años, es decir 21%).

Por una parte, la proporción entre la pensión mínima y el salario mínimo es muy elevada. Por la otra, México tiene el segundo salario mínimo más bajo en términos relativos entre los países de la OCDE: en 2013, el salario mínimo equivalía a 37% del salario medio

Si bien la mayoría de los países desarrollados tienen los medios para financiar mayores beneficios de protección social, parece que el nivel de desarrollo económico no explica el escaso grado de protección en México, el cual resulta insuficiente para reducir la pobreza.

El proyecto de Ley de la Pensión Universal

El acceso a una pensión universal fue introducido en la Constitución mexicana como un principio, pero hasta la fecha no se ejecuta. En octubre de 2013, el presidente de la República presentó al Congreso el proyecto de legislación de la Ley de la Pensión Universal. La Cámara de Diputados lo votó en marzo de 2014, pero el Senado todavía debe aprobarlo; en ese momento no parece haber planes para continuar el debate. El proyecto de legislación elimina el requisito de la comprobación de los recursos y lo sustituye con una verificación que estipula lo siguiente: (i) la pensión universal se financiará mediante impuestos federales; (ii) la pam convergerá, a través de un periodo de transición, con la pensión universal; (iii) el beneficio pensionario se incrementaría de 580 pesos en 2015 (el nivel de la pam) a 1,092 pesos en 2030, y estará indizada a la inflación; (iv) el límite de edad para la elegibilidad se fijó en 65 años, pero se incrementará cada cinco años, a razón del 87% del cambio en la esperanza de vida al nacer, con lo cual llegaría a 67 años en 2024 y a 70 en 2054; (v) las condiciones de elegibilidad también incluirían 25 años de residencia en el país y no gozar de alguna pensión contributiva. Esta última condición implica que este beneficio no se define estrictamente como una pensión universal no contributiva para la vejez. Más aún, una limitación importante es que se pierde la oportunidad de reducir la fragmentación. No se prevé una consolidación ni reemplazo de las pensiones locales no contributivas. El costo fiscal de una pensión universal, es decir, que se paga a toda persona mayor de 65 años, ascendería a 0.35% del pib en 2015 y se duplicaría a 0.7% del PIB en 2030 debido al envejecimiento de la población. Dada la importancia de combatir la pobreza en la vejez, estos órdenes de magnitud son manejables. Sin embargo, se agregaría presión sobre las finanzas públicas dadas las dificultades financieras de los esquemas contributivos que se mencionaron anteriormente.

Con base en la Ley de la Pensión Universal, los individuos que no reúnan los requisitos para una pensión contributiva recibirían un pago en una sola exhibición de los activos acumulados en sus cuentas individuales y serían elegibles para la pensión “universal”. Podría ser más adecuado usar el saldo acumulado en su cuenta para fondear parcialmente un beneficio integrado. Tomando en cuenta el costo para las finanzas públicas, lo óptimo es optar por un esquema con una reducción del subsidio relativamente baja y gradual.

Opciones de políticas públicas para mejorar la provisión de pensiones públicas

Las prioridades para el sistema mexicano de pensiones son dos: (i) las reformas deberán ir encaminadas a garantizar la sostenibilidad financiera y mejorar la gobernabilidad y la transparencia optimizando los numerosos esquemas, y (ii) otro objetivo clave debe ser elevar los beneficios en la vejez de la población más vulnerable y alinear mejor la protección para los adultos mayores con el esquema contributivo de pensiones de primer nivel (pensión mínima).

Debido al rápido ritmo de envejecimiento de la población en México, los responsables de las políticas públicas deben esforzarse por aumentar gradualmente la edad de jubilación efectiva más adelante. Primero, la edad de jubilación obligatoria debe estar vinculada a las ganancias en la esperanza de vida. Segundo, es preciso desalentar el retiro anticipado del mercado laboral. Las reglas de retiro anticipado deberán hacerse más estrictas aumentando el límite de edad (60 años tanto en el sector privado como en el caso de los despidos en el sector público) y, en el antiguo sistema, la penalización en beneficios por retiro anticipado (cinco puntos porcentuales por cada año de anticipación en el sector privado). Además, en el sector público (la ley antigua), el periodo de cotizaciones de 28 años para las mujeres y 30 años para los hombres para recibir la pensión completa debe aumentar considerablemente. Está supeditado a llegar a un límite de edad que alcanzará los 60 años en 2028. Este límite de edad debe aumentar con mayor rapidez y seguir más allá de 2028 (antes de que el sistema del sector público caduque al empezar la década de 2050), a la vez que se debe cerrar la brecha de género.

La educación tiene un papel muy importante en la instrumentación y el cambio en los arreglos para asegurar la vejez, tópicos como la nutrición, la disminución de accidentes, los cuidados hacia el cuerpo desde un punto de vista menos dependiente de la industria farmacológica, una cultura de vigilancia de las instituciones de cuidados prolongados, así como instancias de supervisión son fundamentales para apoyar a la población en la transición a los nuevos modelos de seguridad social.

GLOSARIO

Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP). Es un plan para el retiro de la vida laboral a causa de una jubilación por años de servicio o de una pensión por invalidez, incapacidad permanente o muerte por riesgo de trabajo o enfermedad general. Dicho plan fue pactado entre las autoridades institucionales y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social en octubre de 1966 y modificado en marzo de 1988.

Pensión. Es el monto de dinero que recibe el pensionado de manera periódica como resultado de una renta vitalicia o un retiro programado.

Pensión complementaria. Se define como la diferencia entre la pensión que otorga el Régimen de Jubilaciones y Pensiones y la que corresponde a la Ley del Seguro Social. Este componente está a cargo del IMSS-Patrón.

Pensionado (de la Ley del Seguro Social). Se dividen en pensionados directos y pensionados derivados. Los pensionados directos son trabajadores que se retiran de la vida laboral a causa de una invalidez o de una incapacidad permanente, o bien por cesantía en edad avanzada o vejez, y que por cumplir con los requisitos que establece la Ley del Seguro Social reciben una prestación económica llamada pensión, la cual puede ser otorgada al amparo de los siguientes seguros:

Seguro de Invalidez y Vida. En el caso de que el retiro de la vida laboral haya sido originado por una invalidez; • Seguro de Riesgos de Trabajo, en el caso de que dicho retiro derive de una incapacidad permanente; • Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, en caso de que el retiro se origine por una pérdida de trabajo remunerado a los 60 años de edad o por vejez a los 65 años de edad, y que la pensión se otorgue bajo las condiciones de la LSS de 1997. • Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte, en caso de que el retiro se origine por una pérdida de trabajo remunerado a los 60 años de edad o por vejez a los 65 años de edad, y que la pensión se otorgue bajo las condiciones de la LSS de 1973.

Los pensionados derivados son los beneficiarios de los pensionados directos y de los trabajadores asegurados que llegan a fallecer por una enfermedad general o por un accidente de trabajo o enfermedad profesional. Los pensionados derivados son por viudez, orfandad y ascendencia.

Pensionado (del Régimen de Jubilaciones y Pensiones). Se dividen en pensionados directos y pensionados derivados. Los pensionados directos son trabajadores del IMSS que se retiran de la vida laboral a causa de una invalidez o de una incapacidad permanente, o bien por edad avanzada o vejez, y que por cumplir con los requisitos que establece el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) reciben una prestación económica llamada pensión, la cual es complementaria de la que otorga la Ley del Seguro Social. Los pensionados derivados son los beneficiarios de los jubilados y pensionados directos con derecho al RJP y de los trabajadores activos con derecho a ese régimen que llegan a fallecer por una enfermedad general o por un accidente de trabajo o enfermedad profesional. Los pensionados derivados son por viudez, orfandad y ascendencia.

PREVENIMSS. Estrategia de Programas Integrados de Salud del IMSS, de prestación de servicios, sistemática y ordenada, de acciones educativas y preventivas, organizadas por grupos de edad, definida por el cambio de enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de la protección de la salud de grupos poblacionales.

Seguridad Social. Es el conjunto de políticas públicas que tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia, y los servicios sociales para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado (Artículo 2, LSS).

Seguro Social. Es el instrumento básico de la seguridad social (Artículo 4, LSS).

Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (SIVCM). Es un seguro que se define en la Ley del Seguro Social de 1973 (LSS 1973), el cual estuvo vigente hasta el 30 de junio de 1997, al entrar en vigor la Ley del Seguro Social de 1997 (LSS 1997). Las prestaciones contempladas en el SIVCM se otorgan a los asegurados que comenzaron a cotizar en el IMSS antes de que entrara en vigor la LSS 1997, y que al presentar un riesgo de invalidez, vejez o cesantía eligen la LSS 1973 para recibir los beneficios de la seguridad social. Estos beneficios se otorgan bajo las siguientes condiciones: i) en caso de invalidez, cuando el asegurado que haya cotizado al IMSS al menos 150 semanas, esté imposibilitado para procurarse mediante un trabajo una remuneración superior a 50 por ciento de su remuneración habitual percibida durante el último año de trabajo, y que esa imposibilidad derive de una enfermedad o accidente no profesionales; ii) en caso de vejez, cuando el asegurado haya cumplido 65 años de edad y tenga reconocidas por el IMSS un mínimo de 500 semanas de cotización; iii) en caso de cesantía en edad avanzada, cuando el asegurado quede privado de trabajos remunerados después de los 60 años de edad y tenga reconocidas por el IMSS un mínimo de 500 semanas de cotización, y iv) en caso de la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, vejez, o cesantía en edad avanzada.

En el caso de invalidez, las prestaciones amparadas incluyen una pensión temporal o definitiva, así como asistencia médica, asignaciones familiares y ayuda asistencial. En el caso de vejez y cesantía en edad avanzada dichas prestaciones consisten en una pensión definitiva, así como en asistencia médica, asignaciones familiares y ayuda asistencial; en el caso de muerte, el Instituto otorga a los beneficiarios del asegurado o del pensionado fallecido por invalidez, vejez, o cesantía en edad avanzada las siguientes prestaciones: i) pensión de viudez; ii) pensión de orfandad; iii) pensión a ascendientes; iv) ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en los casos en que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule, y v) asistencia médica.

Cabe señalar que el SIVCM se sustituyó en la LSS 1997 por dos seguros: el Seguro de Invalidez y Vida (SIV) y el Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV).

Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez (SRCV). Los riesgos protegidos son el retiro, la cesantía en edad avanzada y la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro, en los términos y con las modalidades previstas en la Ley del Seguro Social. El otorgamiento de las prestaciones contenidas requiere del cumplimiento de periodos de espera medidos en semanas de cotización reconocidas por el Instituto, conforme se señala en las disposiciones relativas a cada uno de los ramos de aseguramiento amparados. Los patrones y el Gobierno Federal, en la parte que les corresponde, están obligados a enterar al Instituto el importe de las cuotas obrero-patronales y la aportación estatal del Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez. Dichas cuotas se recibirán y se depositarán en las respectivas subcuentas de la cuenta individual de cada trabajador, en los términos previstos en la Ley para la Coordinación de los Sistemas de Ahorro para el Retiro⁶⁸.

PIIMS. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social, Gobierno de la República, 2014-2018

⁶⁸ Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social, Gobierno de la República, 2014-2018