

Envejecimiento y salud

UNA PROPUESTA PARA UN PLAN DE ACCIÓN

COORDINADORES

Luis Miguel Gutiérrez Robledo / David Kershenobich Stalnikowitz



**Envejecimiento y salud:
una propuesta para un plan de acción**

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Coordinación de la Investigación Científica

Coordinación de Difusión Cultural

Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial

Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

David Kershenobich Stalnikowitz

coordinadores



México 2013

Primera edición: 21 de marzo de 2012
Segunda edición: 15 de mayo de 2013

D.R. © 2012 Universidad Nacional Autónoma de México
Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial
Ciudad Universitaria, C.P. 04510, México, D.F.

D.R. © 2012 Academia Nacional de Medicina de México
Av. Cuauhtémoc núm. 330, Bloque B de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Col. Doctores,
C.P. 06720, México D.F.

D.R. © 2012 Academia Mexicana de Cirugía A.C.
Av. Cuauhtémoc núm. 330, 3er piso Bloque B de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Col.
Doctores, C.P. 06720, México D.F.

D.R. © 2012 Instituto Nacional de Geriátría
Periférico Sur núm. 2767, Col. San Jerónimo Lídice, Del. Magdalena Contreras, C.P. 10200, México D.F.

ISBN:

Grupo de trabajo interdisciplinario

Marissa Vivaldo Martínez, Marilú Martínez Maldonado, Berenice Ramírez López, Roberto Ham Chande, Verónica Montes de Oca, Ana Luisa González-Celis Rangel, Luis Alberto Vargas Guadarrama, Carmen García Peña, Ana Luisa Sosa Ortiz, Luis Durán Arenas, Víctor Manuel Mendoza Núñez, Carlos Welti Chanes, Julia Isabel Flores Dávila, Mauricio Padrón Innamorato, Malaquías López Cervantes, Lilia Macedo de la Concha, Elizabeth Caro López, Victoria Arango Lopera, César González González, Mariana López Ortega, Liliana Giraldo Rodríguez, Ulises Pérez Zepeda, Pedro Arroyo, Flor Ávila Fematt y Esperanza Uribe Álvarez.

Este material puede ser copiado, reproducido, modificado y distribuido por cualquier medio físico o electrónico, sólo sujeto a los términos y condiciones establecidos en la Open Publication License, v. 1.0 o posterior (<http://www.opencontent.org/openpub/>). Está prohibida la distribución de versiones sustantivamente modificadas de este documento sin la autorización explícita de los propietarios de los derechos. La distribución del trabajo o derivados de éste en cualquier libro estándar (impreso) está prohibida a menos que se obtenga con anticipación el permiso de los propietarios de los derechos. Los derechos comerciales siguen siendo propiedad del autor.

Impreso y hecho en México / *Made and printed in Mexico*

**Academia Nacional
de Medicina de México**

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Presidente

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers
Vicepresidente

Dr. Javier Mancilla Ramírez
Secretario General

Dr. Germán E. Fajardo Dolci
Tesorero

**Academia Mexicana
de Cirugía**

Dr. Alejandro Reyes Fuentes
Presidente

Dr. Francisco P. Navarro Reynoso
Vicepresidente

Dr. Felipe Cruz Vega
Secretario

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Tesorero

Dr. Jesús Tapia Jurado
Primer Vocal

Dr. Rubén Argüero Sánchez
Segundo Vocal

Dr. David González Bárcena
Tercer Vocal

Dr. Héctor Gerardo Aguirre Gas
Cuarto Vocal

Dra. María del Carmen Dubán Peniche
Quinto Vocal



Instituto Nacional de Geriátría

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Director General

Dr. J. Héctor Gutiérrez Ávila
Director de Investigación

Dra. Flor María Ávila Fematt
Directora de Enseñanza y Divulgación

**Universidad Nacional
Autónoma de México**

Dr. José Narro Robles
Rector

Dr. Eduardo Bárzana García
Secretario General

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Secretario Administrativo

Dr. Francisco José Trigo Tavera
Secretario de Desarrollo Institucional

M.C. Miguel Robles Bárcena
Secretario de Servicios a la Comunidad

Lic. Luis Raúl González Pérez
Abogado General

Dra. María Teresa Uriarte
Coordinadora de Difusión Cultural

Dr. Carlos Arámburo de la Hoz
Coordinador de la Investigación Científica

Lic. Javier Martínez Ramírez
*Director General de Publicaciones
y Fomento Editorial*



Índice

Prefacio / *David Kershenobich Stalnikowitz*..... 13

ANTECEDENTES

La Academia Nacional de Medicina, el envejecimiento
y la salud de los mexicanos / *Luis Miguel Gutiérrez Robledo* 17

La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis
y perspectivas / *Marissa Vivaldo Martínez, María de la Luz Martínez Maldonado*..... 27

Marco jurídico internacional y nacional para la protección
del envejecimiento en México / *Leoncio Lara Sáenz*..... 43

Sobre la necesidad de una perspectiva transversal en las políticas
públicas para el envejecimiento / *Elizabeth Caro López*..... 71

LOS DETERMINANTES DEL CAMBIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE LA SALUD AL ENVEJECER

Los determinantes: los cambios demográficos / *César González González*..... 81

Seguridad económica en la vejez / *Roberto Ham Chande, Berenice Ramírez López*..... 95

Las condiciones bioculturales y el envejecimiento / *Luis Alberto Vargas*..... 103

El curso de vida / *Victoria Eugenia Arango López*..... 121

Pobreza y carencias sociales en México: aproximaciones a la población
general y adulta mayor en particular / *Verónica Montes de Oca, Paloma Villagómez*..... 131

¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por
parte de la población adulta mayor / *Sagrario Garay Villegas,
Verónica Montes de Oca, Sandra Mancinas Espinoza*..... 153

Las redes sociales como determinantes de la salud /
Verónica Montes de Oca, Lilia Macedo de la Concha..... 163

La autoeficacia en las actividades cotidianas / *Ana Luisa González-Celis Rangel*..... 179

La nutrición y el envejecimiento de la población en México / *Pedro Arroyo Acevedo* 193

EL ESTADO ACTUAL DE LA SALUD AL ENVEJECER EN MÉXICO

La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer /
Carmen García-Peña, Cesar González González..... 205

Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico.
Una introducción a la situación en México / *Mariana López Ortega*..... 215

El maltrato de las personas de edad / *Liliana Giraldo Rodríguez*..... 229

Un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos /
Luis Durán Arenas, Carmen García Peña, Luis Antonio García, Michelle Ordieres Ruiz..... 245

Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico /
Víctor Manuel Mendoza Núñez, María de la Luz Martínez Maldonado..... 261

Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores /
Alejandro Orozco Rubio, Alejandra Lauterio Vargas, María del Pilar Torres Fernández..... 279

Enseñanza de la Geriatria en México / *Flor María Ávila Fematt,
Mariano Montaña Álvarez*..... 287

Envejecer en México: condiciones de vida y salud /
Emma Aguilera, Claudia Díaz, Mary Manqing Fu, Arie Kapteyn, Ashley Pierson..... 303

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en
Envejecimiento y Salud / *Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo, Elizabeth Caro López*..... 321



PREFACIO

La dinámica poblacional y epidemiológica de México implica un aumento sensible en la población de adultos mayores. Si bien el envejecimiento no es equivalente de enfermedad, sí con frecuencia se acompaña de padecimientos tales como hipertensión, diabetes y síndrome metabólico, que afectan la calidad de vida y, a menudo, incrementan la fragilidad de la persona. Los retos que tenemos ante nosotros son inéditos, complejos e interesantes; suponen una nueva fisiología, que implica aspectos como la senescencia celular, la neurogénesis y la epigenética.

Estamos frente a la oportunidad de innovar en México modelos de atención enfocados al proceso de envejecimiento, que fortalezcan la atención primaria y comunitaria, a la vez que avancen en la formación de especialistas en Geriátrica, que tengan por objeto la preservación de la capacidad funcional del anciano. Es necesario fomentar el desarrollo de nuevas capacidades técnicas, avanzar en el control del envejecimiento patológico y procurar la inserción plena de los adultos mayores en el tejido social.

Con este objetivo la Academia Nacional de Medicina invitó a la Universidad Nacional Autónoma de México, a la Academia Mexicana de Cirugía y al Instituto Nacional de Geriátrica, para que nos uniéramos en la elaboración de un trabajo de posición sobre el tema, que justifique la expresión de una opinión autorizada; es propósito que se planteen preguntas y que a la vez se conciban acciones que permitan afrontar esta transición epidemiológica en forma práctica y útil. Para ello se seleccionaron especialistas en distintas áreas de la medicina, las ciencias sociales y jurídicas, todos líderes en sus áreas de conocimiento, que se encargaron de analizar y discutir el tema, profundizaron en la situación nacional y, cuando fue necesario, compararon con experiencias en otros países, recolectaron la opinión de organismos internacionales, para finalmente plasmar su opinión en este escrito.

El documento está concebido como referencia para las autoridades de salud de México, en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas; que sea de provecho a la profesión médica y paramédica en su práctica cotidiana, y que estimule a la sociedad en general en su participación en el proceso de prevención y atención de los adultos ancianos. Entender que el futuro individual y comunitario es una responsabilidad compartida tiene alcances muy importantes, cuyas repercusiones y trascendencia reflejan el compromiso de las Academias con la profesión médica, la sociedad y las autoridades gubernamentales.

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz



ANTECEDENTES





La Academia Nacional de Medicina, el envejecimiento y la salud de los mexicanos

*Luis Miguel Gutiérrez Robledo**

Para 2030, en tan sólo 18 años, es decir al cabo de tres administraciones del gobierno mexicano, el número de adultos mayores de 60 años en nuestro país se habrá duplicado y alcanzará los 20 millones de personas. Ciertamente la nación no está aún preparada para responder a sus necesidades sociales y asistenciales.

De mantenerse los patrones vigentes de utilización de servicios, pronto enfrentaremos una clara insuficiencia de infraestructura y de capacidad asistencial. A esto hay que sumar la carencia de personal médico y paramédico especializado en temas geriátricos.

A la par, el incremento sostenido de los costos asistenciales compromete la viabilidad del sistema; la carencia de una base comunitaria que permita una atención primaria eficaz, y el desarrollo de un sistema de cuidados a largo plazo basado en la comunidad, acrecientan la presión asistencial.

Este reto inminente ha de ser enfrentado de inmediato. La Academia Nacional de Medicina, en conjunto con el Instituto Nacional de Geriátrica, la Academia Mexicana de Cirugía y con la Universidad Nacional Autónoma de México a través de su Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez (SUIEV), ha comisionado a un grupo de trabajo multidisciplinario para analizar la temática y proponer un plan de acción que asegure la viabilidad y la calidad en la prestación de los servicios geriátricos. Este grupo ha analizado los factores determinantes y los recursos disponibles para construir la propuesta de un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud.

Este reporte se sustenta además en el trabajo efectuado previamente por la Academia en el 2006, en su reporte sobre el envejecimiento de la población y sus consecuencias sobre la salud de los mexicanos.¹

Metodología para la elaboración del presente reporte

A invitación de la Academia Nacional de Medicina, en octubre del 2010 se integró un grupo de trabajo con la participación de profesores e investigadores de la Universidad Nacional Autónoma de México, investigadores del Instituto Nacional de Geriátrica y académicos miembros de la Academia Nacional de Medicina.

Este primer grupo de trabajo interdisciplinario definió la ruta crítica y efectuó en el primer trimestre del 2011 dos talleres, a través de los cuales se generó un primer documento que sirvió como base para el desarrollo de la estructura del presente reporte.

A partir de la estructura consensada se comisionaron los artículos que dan cuerpo a este volumen. Los autores fueron seleccionados con base en sus competencias especializadas y experiencia previa en el ámbito correspondiente.

La única excepción fue el apartado “Envejecer en México: condiciones de vida y salud”, que corresponde a la síntesis del reporte del mismo nombre, publicado por la Corporación Rand, la American Association of Retired Persons y el Centro Fox, cuyos autores fueron invitados a elaborar un resumen del reporte original que fue incorporado en razón, por una parte, de la elevada calidad de la información que contiene y, por

* Académico, doctor en Ciencias Médicas. Director General del Instituto Nacional de Geriátrica.

otra parte, de la convergencia de sus propuestas con las de este grupo de trabajo.

Todos los artículos fueron revisados por un grupo de lectores (Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo, Elizabeth Caro López, Verónica Montes de Oca, Lilia Sandra Luna Pérez, Esperanza Uribe, Pedro Arroyo Acevedo) que aportaron sus comentarios y enriquecieron los documentos.

Un segundo grupo de trabajo, integrado por Pedro Arroyo Acevedo, Elizabeth Caro López, Carmen García Peña, Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Luis Durán Arenas, David Kershenobich Stalnikowitz y Víctor Manuel Mendoza Núñez, revisó la síntesis de los textos y las recomendaciones que se exponen en el último capítulo.

Definición de objetivos

Somos un país que aún no ha resuelto plenamente los problemas de salud de la niñez y la juventud, y que ha de enfrentar ya los de una población envejecida. Resolver los problemas de la juventud de hoy contribuirá a resolver los del envejecimiento de mañana. Sin embargo, si no se avanza paralelamente en el desarrollo de programas y servicios dirigidos a los mayores ya envejecidos, los problemas inherentes a su condición y a sus necesidades no resueltas seguirán profundizándose. Por otra parte, México cuenta hoy en día con los elementos básicos necesarios para desarrollar una agenda de trabajo para la construcción de un envejecimiento saludable. Es necesario actuar en consecuencia y desarrollar un plan de acción para la atención del envejecimiento de nuestros mayores y para la promoción de un envejecimiento sano y activo en el conjunto de la población.

El reporte busca precisar cuáles son las necesidades asistenciales de la población de adultos mayores en México, y analizar los elementos que dan forma a nuestro Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la atención a sus necesidades específicas, incluidos los trabajadores del sistema, la formación en temas relativos al envejecimiento, el entrenamiento especializado y las prácticas vigentes.

Partimos del supuesto de que los servicios de salud para los adultos mayores en México han de ser eficaces, eficientes, oportunos, equitativos, incluyentes y centrados en la persona. Hemos analizado los aspectos relativos a la cobertura, los servicios existentes, su financiamiento, el funcionamiento de las redes sociales y familiares y el estado de la política pública en el tema. En consecuencia, tratamos de responder a las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son los determinantes del cambio sociodemográfico que México atraviesa y cuáles sus consecuencias sobre la salud al envejecer?
2. ¿Cuál es el estado de salud de los mexicanos que hoy en día han envejecido?
3. ¿Cuáles son en consecuencia las recomendaciones para la acción?

Antecedentes

En octubre del 2006 la Academia Nacional de Medicina organizó el Foro Inter Académico en problemas de Salud Global. Tal foro tuvo como objetivo fortalecer la cooperación internacional en torno a cuatro temas: Acceso universal al cuidado médico: ¿realidad o utopía?, Cooperación internacional en enfermedades epidémicas, Inversión en investigación y educación en salud; así como Envejecimiento de la población. A la par, el Foro perseguía transmitir la preocupación y el interés de la Academia en estos puntos específicos por lo que emitió una serie de recomendaciones dirigidas a los líderes gubernamentales, de la iniciativa privada, académicos y al público en general, que mostraran posibles soluciones en las áreas particulares de enfoque.

Como resultado de esta reunión se produjeron cuatro publicaciones con las principales conclusiones de los temas centrales, que han contribuido al establecimiento de las bases de una política pública en las áreas seleccionadas.

En el volumen denominado *Envejecimiento de la población* fueron planteadas las posibles soluciones en el corto, mediano y largo plazo. A continuación se revisan estas conclusiones a la luz de los avances ocurridos durante esta administración, desde hace seis años, cuando el documento fue publicado.

Propuestas planteadas, acciones tomadas y agenda pendiente del reporte sobre el envejecimiento de la población del 2006

En la Tabla 1 se presenta la relación de las propuestas de acción planteadas en el primer reporte del 2006 y el estado actual de los avances al respecto. Es claro que hay avances sustantivos, en particular en la protección social en salud, en la docencia y en la investigación. Hay, sin embargo, vacíos considerables todavía. En lo relativo a la atención primaria, las acciones de promoción de la salud y prevención y en el desarrollo de servicios especializados, los avances son prácticamente nulos. Muy

poco hemos avanzado en el tema de la dependencia funcional, no conocemos aún la dimensión del problema, su costo y sus consecuencias. Si bien existe un Programa de Acción Específica para el Envejecimiento,² que en sus líneas generales y planteamientos teóricos es muy bueno, pero carece de financiamiento específico.

Tabla 1. Balance de acciones adoptadas

| Propuestas planteadas | Acciones adoptadas |
|--|---|
| A) Propuestas de acción sobre los factores demográficos y sociales | |
| <ul style="list-style-type: none"> Adoptar una perspectiva de ciclo vital que ponga al alcance del común de la población un envejecimiento saludable, a través de la promoción de la salud (que inicie en la niñez con estilos de vida saludables). Efectuar una acción sincrónica dirigida a la prevención de enfermedades desde temprano en la vida y con énfasis en la edad media de la existencia (enfocada a la reducción de factores de riesgo que generen enfermedades crónicas y degenerativas). Desarrollar una adecuada provisión de servicios para los ancianos, enfocada a la atención primaria, con perspectiva de género. | <ul style="list-style-type: none"> Programa de promoción de la salud: <i>Una nueva cultura</i>.³ Promoción de un enfoque de políticas saludables. Cartillas de salud según la línea de vida. Cartilla del adulto mayor (se mantiene un enfoque “tradicional” orientado a la enfermedad crónica sin consideraciones geriátricas específicas). |
| <ul style="list-style-type: none"> Fomentar mejores cuidados prenatales para madres e hijos, una mejor nutrición para todos los niños y madres antes de la gestación, así como mayores oportunidades de ejercicio para los niños. Reforzar las políticas que consideran las necesidades de madres e infantes en los primeros meses luego del nacimiento. | <ul style="list-style-type: none"> Seguimiento del programa Arranque parejo en la vida.⁴ |
| <ul style="list-style-type: none"> Efectuar una intensiva promoción de la salud a través de la generación de estilos de vida saludables, que tienen un efecto transversal en numerosas causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad. | <ul style="list-style-type: none"> Programa de Los 5 pasos.⁵ |
| <ul style="list-style-type: none"> Mejorar la calidad de la atención en programas dirigidos a grupos vulnerables de la población. Incidir a través de la prevención de comportamientos de riesgo. | <ul style="list-style-type: none"> Programa Seguro Popular Oportunidades.⁶ |

**La Academia Nacional de Medicina,
el envejecimiento y la salud de los mexicanos**

| Propuestas planteadas | Acciones adoptadas |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • En cuanto al envejecimiento en áreas rurales, considerar sus efectos en la negociación de la política migratoria. • Considerar el papel de las redes sociales y familiares en la migración y su impacto. • Fomentar programas de reunificación familiar con un enfoque de envejecimiento. • Crear un modelo de intervención en política pública que fortalezca el tejido social de los municipios con alta migración. | <ul style="list-style-type: none"> • Programa 70 y más.⁷ |
| B) Propuestas de acción generales en salud del anciano | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. | <ul style="list-style-type: none"> • El programa existe,² sin embargo carece de financiamiento. Las acciones básicas se han llevado a cabo a través del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento y los Consejos Estatales de Salud y Envejecimiento. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Crear un programa específico de comunicación educativa y social para la promoción de la salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Programa Los 5 pasos en medios de comunicación masiva e internet. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar un eje temático sobre envejecimiento con una clara perspectiva de género en los planes de estudio de facultades y escuelas de ciencias de la salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de promoción de la enseñanza de la Geriátrica en facultades y escuelas de Medicina. • Creación del Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez en la UNAM.⁸ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la investigación. | <ul style="list-style-type: none"> • Creación del Instituto Nacional de Geriátrica.⁹ • Creación de la Red temática de Investigación en Envejecimiento y Salud y Desarrollo Social con fondos de Conacyt.¹⁰ |
| Acciones propuestas en promoción de la salud | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover estilos de vida saludables. • Impulsar el deporte y el ejercicio físico, la nutrición adecuada, evitar el tabaquismo y el abuso del alcohol. | <ul style="list-style-type: none"> • Avances sustantivos en reducción del tabaquismo y nutrición, mínimos en actividad física y alcoholismo. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Transformar la imagen negativa de la vejez para incrementar las acciones de diagnóstico, promover el tratamiento integral y consecuentemente mejorar la calidad de vida. | <ul style="list-style-type: none"> • Creación en el Inapam del programa Por una Nueva Cultura del Envejecimiento.¹¹ |

Acciones propuestas en prevención primaria

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Impulsar programas de vacunación antigripal y contra la neumonía. | <ul style="list-style-type: none"> Avances sustanciales mediante campañas de vacunación y una adecuada dotación de vacunas a los Centros de Salud. |
|---|---|

Acciones propuestas en prevención secundaria

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Incluir programas de detección precoz para la detección oportuna de las enfermedades crónicas, asociadas con el envejecimiento en la población más vulnerable; en particular las personas con deterioro funcional, con pobres redes de apoyo social, con bajo nivel educativo o con morbilidad crónica. | <ul style="list-style-type: none"> Hasta ahora mínimo avance a través de la Cartilla Nacional. En proceso la creación de un sistema de detección oportuna a través de: <ul style="list-style-type: none"> Sistema Nominal de Salud (Sinos). Indicador de riesgo de enfermería comunitaria. |
|---|---|

C) Propuestas de acción en sistemas de atención

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Implantar a la brevedad mecanismos financieros para hacer menos onerosa para la población económicamente activa la responsabilidad de la atención a la salud de los ancianos. | <ul style="list-style-type: none"> Creación y generalización del Seguro Popular. |
| <ul style="list-style-type: none"> Formular políticas públicas específicas, que permitan la debida satisfacción de los requerimientos de salud de la población en edades avanzadas. | <ul style="list-style-type: none"> Modificación a la Ley General de Salud que incorpora la atención geriátrica como servicio básico en el nivel primario (Ley aprobada en diciembre del 2011, ahora queda pendiente su instrumentación).¹² Está próxima de aprobación la NOM-031-SSA3-2009, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.¹³ |

Sistemas de protección médico-social para el adulto mayor

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Ampliar la cobertura del sistema de salud a la población pobre y vulnerable que no puede ejercer su derecho de acceso a los seguros de salud. Diseñar alternativas para enfrentar el problema de los vacíos de cobertura y la desigualdad social en el acceso y calidad de los servicios disponibles. Se proponen específicamente las siguientes acciones: A corto plazo: <ul style="list-style-type: none"> Seguro nacional de salud en atención primaria, con un programa nacional de prevención en salud; y esfuerzo multisectorial para el desarrollo social (duración seis años). Fondo para gastos catastróficos en salud para los padecimientos definidos por el Consejo de Salubridad General para la atención de segundo y tercer nivel que no sería cubierta por el Seguro Nacional de Salud. A mediano plazo: <ul style="list-style-type: none"> Sistema Nacional de Salud en atención primaria y secundaria (hospitales de segundo nivel), programa nacional de prevención en salud; y esfuerzo multisectorial de desarrollo social (duración seis años). | <ul style="list-style-type: none"> Se estableció la Estrategia 100x100 para la atención de los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano y entre sus logros destaca: <ul style="list-style-type: none"> Se ha logrado con la universalización de la cobertura del Seguro Popular. Caravanas de la Salud. Inicio de GERIATRIMSS.¹⁴ Seguimiento del programa gerontológico del ISSSTE.¹⁵ |
|--|---|

| Propuestas planteadas | Acciones adoptadas |
|---|--|
| Modelos de atención primaria a la salud del adulto mayor | |
| <ul style="list-style-type: none"> A corto plazo: <ul style="list-style-type: none"> Lograr la atención y valoración integral en el primer nivel de atención y fortalecer el programa de atención domiciliaria. Capacitar al personal de salud en materia del adulto mayor, con base en la Guía Clínica de la Organización Panamericana de la Salud. | <ul style="list-style-type: none"> Sistema Nominal de Salud. |
| Modelos de atención especializada | |
| <ul style="list-style-type: none"> Creación de servicios especializados de Geriatría con unidad para atención de padecimientos agudos. | <ul style="list-style-type: none"> Se ha revisado el modelo de atención geriátrica de alta especialidad y generado el programa médico arquitectónico, pero no ha habido avance en cuanto a la creación de nuevos servicios. |
| D) Propuesta de acción en investigación y educación | |
| <ul style="list-style-type: none"> Impulsar la investigación en temas prioritarios bajo un esquema que garantice la producción de conocimiento en los diferentes ámbitos y cuyos efectos impacten en el desarrollo de políticas y programas efectivos. | <ul style="list-style-type: none"> Creación del Instituto Nacional de Geriatría. |
| <ul style="list-style-type: none"> Prioridades de investigación sobre vejez y salud: <ul style="list-style-type: none"> Hay que reconocer que se trata de un asunto prioritario de salud pública y por ende que afecta a la seguridad nacional. Las políticas públicas en torno al envejecimiento deben ser producto de la investigación en los determinantes del envejecimiento saludable. Deberá contarse con un programa de investigación específico y transdisciplinario sobre las áreas prioritarias actuales y futuras. Un asunto de absoluta prioridad es que una gran parte de la información generada en nuestro país sobre envejecimiento no ha sido plenamente explotada y permanece fuera de la discusión nacional. Ejes temáticos para la investigación en envejecimiento: <ul style="list-style-type: none"> Participación social e integración. Seguridad económica. Cambios sociales, macro-economía y desarrollo. Envejecimiento saludable. Inaccesibilidad a la atención de salud. Biomédica. Funcionamiento físico y mental. Calidad de vida. Sistemas de salud. Cambio de estructuras y funciones de la familia, parientes y comunidades. | <ul style="list-style-type: none"> Generación de una agenda básica para la investigación en envejecimiento en salud.¹⁶ |
| La formación de recursos humanos en atención primaria | |
| | <ul style="list-style-type: none"> No existe aún un programa formal de capacitación a este respecto. |

Las posibles soluciones planteadas no solamente atañen a la población actual de adultos mayores. Al diseñar programas y políticas para su bienestar, hay que pensar en la prevención y la inversión que se debe hacer en las generaciones jóvenes actuales, para poder estar en mejor posición de solventar sus necesidades en la vejez a futuro. El desarrollo de infraestructura, la formación de recursos humanos, y las actitudes hacia la salud y el envejecimiento multigeneracional, con perspectiva de género y de derechos humanos, son programas de acción que llevarán varias décadas, por lo que una planeación inmediata resulta necesaria.

Agenda pendiente

Es indudable que el análisis y la discusión propiciados en el encuentro del 2006 constituyeron la base para la generación de avances e intervenciones significativas. En retrospectiva, es visible el avance generado pues se han creado y operado nuevos programas, ha mejorado el marco normativo y se ha puesto énfasis en el reconocimiento de los derechos. No obstante, todavía hay una agenda por resolver que exige la intervención de diversos actores que desde los ámbitos médico, social, jurídico, económico y político establezcan los acuerdos para el abordaje y resolución de la agenda de trabajo.

A continuación se incorporan las asignaturas pendientes de las propuestas incluidas en el libro *Envejecimiento de la población*.¹

Acciones de carácter general:

Sistemas de protección médico-social para el adulto mayor. Ampliar e integrar los servicios de segundo nivel para toda la población con la misma calidad, independientemente de la derechohabencia. Establecer un programa nacional de prevención en salud en todos los niveles de atención.

Desarrollo de servicios:

Acciones generales en desarrollo de servicios de salud del anciano. Es necesario, y comienza a ser urgente, avanzar en la creación de la base comunitaria para construir un sistema de cuidados de largo plazo, y buscar el desarrollo de una política que promueva en prioridad envejecer en el propio domicilio.

Desarrollo de un modelo de atención primaria a la salud del adulto mayor. Basado en una coordinación interinstitucional eficaz: creación de una Red Nacional de Centros de Día y fortalecer la capacidad del sector

salud en el nivel primario para proporcionar una gama continua de servicios a lo largo del ciclo de vida.

Cuidados a largo plazo para el anciano. Es necesario desarrollar servicios comunitarios de atención a largo plazo, para enlazar la atención hospitalaria con la atención domiciliaria. Censar las instituciones existentes. Legislar y reglamentar estos servicios, definir necesidades en esta materia estimando su oferta y demanda; fomentar la creación de servicios de cuidados domiciliarios, implantar sistemas de evaluación multidimensional para optimizar la operación de las instituciones de cuidados, fortalecer a los organismos regulatorios para propiciar el respeto de los derechos humanos de los asistidos, así como profesionalizar la atención y crear redes de colaboración.

Servicios especializados. Además, se requiere desarrollar unidades especializadas en Geriátrica en el segundo y tercer nivel de atención. La modificación a la Ley General de Salud, impulsada por el Poder Legislativo en diciembre del 2011, considera los servicios dirigidos a las personas mayores como parte integral del sistema nacional de salud ya desde el primer nivel de atención.

Acciones de prevención y promoción de la salud. De las acciones posibles a efectuar en el nivel preventivo y de promoción de la salud en las afecciones geriátricas más prevalentes, es claro que los avances son muy pobres. En la Tabla 2 se muestran las acciones vigentes y aquellas que en principio sería viable desarrollar pero que no aparecen en el programa vigente de acción específica sobre el envejecimiento, sobre la salud del adulto y del anciano o de promoción de la salud. Como se desprende de un somero análisis de la Tabla 2, hay aún numerosas acciones pendientes en el terreno de la prevención. En particular en afecciones muy comunes como las caídas y sus consecuencias. También en el ámbito de la salud mental existe todavía un vacío casi total en cuanto al tema de los padecimientos demenciales y muy pocas acciones en el terreno de la depresión; un nuevo problema, nuevo por haber sido recientemente reconocido, es el de la violencia contra las personas mayores que merece también mayor atención.

Acciones de prevención primaria. Impulsar la educación de la salud para un envejecimiento sano y activo, para promover los estilos de vida saludables e impulsar la utilización de los servicios preventivos de salud; así como favorecer el consumo de calcio, vitamina D y alimentos ricos en antioxidantes.

**La Academia Nacional de Medicina,
el envejecimiento y la salud de los mexicanos**

Prevención secundaria. Impulsar la educación para la salud, introducir instrumentos de tamizaje para identificar sujetos en riesgo, diseñar estrategias para disminuir el impacto de la enfermedad en los cuidadores, quienes también generan costos directos e indirectos.

Prevención terciaria. Desarrollar servicios de cuidados a largo plazo en el nivel comunitario, crear unidades de rehabilitación y centros de atención diurna, asimismo fortalecer a los grupos de apoyo para enfermos y sus familiares, a través de programas de educación.

Los problemas de salud del anciano son complejos por la conjugación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las patologías crónicas no transmisibles determinan la instalación de un círculo vicioso

de enfermedad-discapacidad-desventaja-riesgo-enfermedad, afectando la calidad de vida y el bienestar del individuo, la familia y la colectividad. Su resolución ha de incluir un enfoque adaptado a las diferentes subpoblaciones de adultos mayores (sanos, frágiles y dependientes), en el nivel individual y durante todo el curso de vida.

Hay ya avances considerables, hay también numerosas propuestas, pero sobre todo se requiere el financiamiento de un mayor número de acciones específicas que contribuyan al cambio social, institucional y profesional ante los problemas de salud de los adultos mayores mexicanos.

Tabla 2. Acciones posibles actualmente vigentes en morbilidad asociada con el envejecimiento

| Afección | Educación para la salud | Promoción de la salud | Prevención primaria | Prevención secundaria | Prevención terciaria |
|----------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|
| Caídas y lesiones | - | - | - | - | - |
| Violencia | - | - | - | + | |
| Climaterio | + | + | | + | |
| Síndrome metabólico | + | + | + | + | + |
| Cardiopatías | + | + | + | + | + |
| Afecciones visuales | - | | | - | - |
| Osteoartrosis degenerativa | - | | | - | - |
| Neoplasias | + | | - | + | + |
| Depresión | - | - | - | - | |
| Demencias | - | | - | - | - |

Referencias

1. Reporte del Foro Inter-Académico en problemas de salud global. Jiménez Sánchez, G.; Pérez Palacios, G.; Gutiérrez Robledo, L.M. y Hernández Ávila, M. (eds.), Parte IV, *Envejecimiento de la Población*, México, Ediciones de la Academia Nacional de Medicina, 2006.
2. Programa de acción e específico 2007-2012, Envejecimiento, primera edición 2008, Secretaría de Salud.
3. http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/promocion_de_la_salud_una_nueva_cultura.pdf.
4. http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/seguimiento_al_programa_arranque_parejo_en_la_vida_ya.pdf.
5. <http://5pasos.mx/>.
6. http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?view=article&catid=1%3Aoportunidades&id=13%3Aprogramaopportunidades&format=pdf&option=com_content&Itemid=37.
7. http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Programa_de_70_y_mas.
8. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/Acuerdo_SUIEV.pdf.
9. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/decreto_creacion_ig.pdf.
10. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/RESUMEN_EJECUTIVO.pdf.
11. http://www.inapam.gob.mx/archivos/1/file/Cultura_del_Envejecimiento.pdf.
12. Modificación a la Ley General de Salud que incorpora a la atención geriátrica como servicio básico en el nivel primario. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5231485&fecha=30/01/2012.
13. Aprobación de la NOM-031-SSA3-2009, Asistencia social. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5200717&fecha=13/07/2011.
14. <http://www.imss.mobi/noticias-imss-celular/91706-inicia-el-imss-en-tamaulipas-programa-geriatrimss.html>.
15. http://sgm.issste.gob.mx/medica/envejecimiento_saludable.php.
16. http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/doctos_institucionales/perspectivas_web.pdf.



La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas

*Marissa Vivaldo Martínez**
*María de la Luz Martínez Maldonado***

Introducción

Debido a sus implicaciones demográficas, políticas, sociales, económicas y culturales, el envejecimiento en México se debe concebir como un tema prioritario de reflexión y análisis que no debe disociarse de los procesos y transformaciones de la dinámica nacional. El envejecimiento en México no es sólo un problema de salud o de financiamiento del sistema de pensiones; es, en realidad, una gran oportunidad para repensar la orientación de las políticas públicas enfocadas a la atención de grupos vulnerables, de resignificar la etapa de la vejez, al sujeto viejo y el proceso de envejecimiento, para trabajar en la consolidación democrática que permita el desarrollo de nuestro país en términos de construcción de ciudadanía.

El desarrollo mexicano no ha alcanzado su ansiada consolidación debido a problemas estructurales como la pobreza y las crecientes desigualdades e inequidades sociales. El proceso de envejecimiento y la construcción de las políticas enfocadas a atenderlo se dan, entonces, en un marco de contradicciones sociales que impactan directamente en la calidad de vida de las personas que envejecen y ha influido en la falta de acceso a un desarrollo integral gerontológico.

La política pública para la atención de grupos vulnerables ha sufrido constantes cambios y orientaciones, derivadas en gran medida de los intereses y prioridades de la cambiante agenda de las administraciones sexenales; no ha sido una excepción la atención al envejecimiento. En el presente capítulo se analiza cómo la política pública para este sector ha sido una política o conjunto de políticas gubernamentales creadas a partir de coyunturas, pero

que no han permitido la consolidación de un sistema integral de atención al envejecimiento. Es necesario aclarar que aunque algunas entidades federativas de nuestro país muestran importantes avances en la materia, el presente análisis se limitará a la política desarrollada a nivel federal.

El inicio de la atención al envejecimiento en México

En este apartado se analizará la atención al envejecimiento en México a partir de tres espacios fundamentales: desde el posicionamiento del tema del envejecimiento en la agenda pública, tomando como eje de análisis el Plan Nacional de Desarrollo; desde el avance a nivel institucional, y por último, desde su expresión en Programas de Atención.¹ Es necesario resaltar que el contexto en el que se desarrolla esta atención implica realidades políticas, económicas y sociales internas y externas que influyen en el curso de ésta.

Es así como encontramos que aunque desde mediados del siglo XIX se crearon instituciones para atender a las personas envejecidas en situación de vulnerabilidad, el interés en el tema se dio hasta mediados de la década de 1970. La atención a los ancianos en México era responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia desde la promulgación de la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, el 29 de diciembre de 1976, cuando se le otorgaron facultades genéricas para otorgar servicios asistenciales a la población necesitada. No se explicitaba el tema de los ancianos, pero implícitamente se legitimó a esa institución para prestar dicha atención.

* *Doctoranda en Ciencias en Salud Colectiva. Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.*

** *Psicóloga con maestría en Gerontología Social. Candidata a doctora en Salud Colectiva. Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM.*

La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas

Pero, a finales de la década de los setenta, el tema de la vejez y de las personas mayores comenzó a tomar relevancia en otros sectores de la vida pública nacional. Esto se debió en primer lugar al impacto que el tema de la transición demográfica y epidemiológica cobró en este momento histórico para los países desarrollados. La convocatoria en 1978 de la Organización de las Naciones Unidas para la realización de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento llevada a cabo en 1982, fue la expresión más clara de la importancia que estos países dieron al tema.²

En segundo lugar, el interés por el envejecimiento se debió también al impulso de la Coordinación de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud, que logró que México fuera sede de la Conferencia Preparatoria de la OMS para la Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento, y participara en la elaboración de un documento que serviría para las reuniones de Viena, titulado “La Política de Salud y el Envejecimiento”.³

En tercer lugar, pero no menos importante, la creación de Dignificación de la Vejez, A.C. en 1977 fue un parteaguas para la introducción de la problemática de los mayores de 60 años en la agenda del gobierno. Gracias al interés de personajes como Emma Godoy, de demógrafos y especialistas del área, se propiciaron las condiciones para que durante la administración de José López Portillo se crearan en México dos instituciones responsables de la atención de este grupo etario: el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) en 1977 y el Instituto Nacional de la Senectud (Insen) el 22 de agosto de 1979 por decreto presidencial.

El Insen tenía la calidad de organismo descentralizado y como finalidad la protección, ayuda, atención y orientación de la población senecta, así como el desarrollo de acciones asistenciales del gobierno federal. La intención era crear un organismo que se ocupara de la atención integral del anciano por lo que la Secretaría de Salubridad y Asistencia cedía sus atribuciones, excepto lo relativo a la atención médica hospitalaria, pues el Instituto tenía facultades para proporcionar asistencia médica en el primer y segundo nivel pero siempre en las áreas preventivas y emergentes.

En 1980, cuando comienza a operar el Insen, la población mayor de 60 años en nuestro país ascendía a poco más de cuatro millones de personas, el 6.15% de la población total del país.⁴ El documento

Acción y Proyección del Insen planteaba que para ese momento había un escaso o nulo conocimiento sobre las características físicas, psicológicas y sociales de los ancianos, lo que dificultaba comprender la magnitud real de marginación y vulnerabilidad en la que se encontraban. El mismo documento expresaba la preocupación por las circunstancias socioculturales en las que se daba el envejecimiento, pues se observaba que para la sociedad el ser viejo representaba disminución de posibilidades en todas las áreas (físicas, psicológicas y sociales).⁴

Por otro lado, se mencionaba que entre las principales preocupaciones del Estado se encontraba la situación económica precaria ocasionada por la desocupación y marginación dentro del sistema laboral y a los limitados ingresos que obtenían los jubilados y pensionados. Otra gran inquietud de ese momento fue la infraestructura en materia de servicios de salud que en el futuro se necesitaría para prestar atención a las personas con enfermedades crónico-degenerativas.

Para atender estas problemáticas se plantearon los *Lineamientos Generales para la Implementación de Programas Asistenciales* en la materia, entre los que destacan: el establecimiento de protocolos de investigación, la implementación de programas de educación permanente para todos los grupos de la población con la finalidad de propagar el conocimiento y consecuencias del proceso de envejecimiento, el establecimiento de programas de posgrado en Geriátrica y Gerontología, la creación de Centros de Producción Autofinanciables para Mayores, la promoción de la incorporación de jubilados y retirados a programas obligatorios de capacitación para empresas, la creación de centros de asistencia en municipios y estados, la procuración de asistencia médica especializada, la promoción de la organización y participación de los viejos para mantenerlos incorporados a la sociedad, el establecimiento de servicios de asesoría jurídica, el inicio de un proceso de investigación jurídica con la intención de proponer reformas a las leyes que mejorasen la protección jurídica del anciano y, finalmente, la creación de un programa para normar a las instituciones privadas que prestaban asistencia a los ancianos sin mayor regulación.

El Insen tuvo un inicio difícil, con una asignación presupuestal tardía y en extremo limitada, sin embargo comenzó su labor con una propuesta de programas de implementación muy orientada a la investigación

gerontológica (propuesta desde una perspectiva interdisciplinaria), los servicios educativos (a través de la formación de recursos humanos en Gerontología y Geriátrica y otros programas educativos), los servicios económicos (enfocados en los Centros de Producción y Bolsas de Trabajo), los servicios sociales (mediante la creación de la Procuraduría de la Defensa del Anciano, Albergues y Clubes de la Tercera Edad) y servicios psicológicos (vía residencias diurnas, actividades culturales y terapia ocupacional).

Esta primera etapa moderna de atención al envejecimiento en México es sumamente relevante, en gran medida por la visión que prevaleció sobre el tema. En principio es muy importante señalar que el objetivo de las propuestas institucionales fue la tríada viejo-vejez-envejecimiento y la estrategia que se planteaba era además integral. Es decir, implicaba la atención en los ámbitos de la salud, la educación, el trabajo, las imágenes positivas, la formación de recursos humanos en Geriátrica y Gerontología, la integralidad y transversalidad de las acciones y la participación interinstitucional. Debido a la influencia de los Acuerdos de Alma Ata, una visión predominante era la relativa a la prevención y a la atención primaria a la salud.⁵ La perspectiva con que inicia la atención al envejecimiento en México tenía como característica fundamental una visión de previsión y preparación ante la inminente transición demográfica.

En este período la participación en asuntos internacionales sobre el tema fue por demás activa. En noviembre de 1981, nuestro país además participó en una investigación a nivel regional coordinada por la OPS en la que se aplicaron encuestas domiciliarias en diez países de la región y que formó parte también de la preparación para la Asamblea Mundial, y para 1982, en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y en las reuniones regionales de seguimiento.³

A partir de 1982 y derivado del cambio de sexenio y de modelo económico, el tema del envejecimiento comenzó a verse desdibujado en la agenda pública. La administración del Presidente Miguel de la Madrid mantuvo al Insen operando pero sin proporcionarle el impulso necesario para su crecimiento y consolidación. El contexto en este sexenio se enmarca en la modificación de la política económica, ya que para este momento comienza la ruptura del Estado de Bienestar para dar paso a la implantación del modelo neoliberal, que implicaba el adelgazamiento del Estado reflejado en la focalización

de la política social, y por consiguiente en el inicio del proceso de individualización de la pobreza.

Este proceso de focalización se ve claramente reflejado en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, en donde se señala que “Es necesario dar atención prioritaria a las *necesidades básicas* de los grupos más desprotegidos”. Es decir, no se habla de un grupo etario, sino de los más vulnerables dentro de los vulnerables. Por otro lado, por primera vez se menciona el tema de la vejez cuando se señala que “Las acciones de salud estarán particularmente encaminadas a impulsar la *protección de los ancianos en abandono total o parcial*”. Nuevamente ejemplifican claramente la focalización de los recursos, la ausencia de integralidad y la escasa relevancia del tema.⁶

Por otra parte, la consolidación del SNDIF como institución encargada de la atención a las personas mayores llegó muy pronto, el 22 de diciembre de 1982 entró en vigor un decreto expedido por Miguel de la Madrid, en el que por mandato del gobierno federal, el SNDIF, se incorpora de lleno a prestar servicios asistenciales a los ancianos, entre los que destaca por su importancia la asistencia jurídica gratuita.⁷ Esto representó un revés para el Insen, pues a pesar de que el decreto de 1979 lo proponía como organismo responsable del grupo etario, con el nuevo decreto se presentó una duplicidad de funciones. En 1983, entre los objetivos del DIF se considera por primera vez prestar asistencia social no sólo a menores en estado de abandono, minusválidos y madres gestantes de escasos recursos, sino también a ancianos y en especial a quienes por su situación familiar y económica se encuentran desamparados.⁸

Durante este sexenio, el SNDIF y el Insen se esforzaron por mantener a la vejez en la agenda del gobierno y para ello desarrollaron diversos esfuerzos. Uno de los más importantes fue la serie de seminarios “La asistencia social y el anciano en México”, organizados por el SNDIF y en los cuales participaron los principales expertos académicos, representantes de instituciones como el Insen, IMSS, ISSSTE y servidores públicos relacionados con el tema. El objetivo de los foros fue intercambiar avances científicos gerontológicos, así como analizar y evaluar la participación interinstitucional para la resolución de los problemas sociales y económicos de los viejos en México.⁸

Las memorias de estos seminarios permiten analizar la modificación de las tendencias y temas principales de discusión de esos años. En 1983, los temas se

La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas

centraron en las directrices que deberían seguir los programas de asistencia: pensiones no contributivas, opciones de autoempleo enfocados a la creación de cooperativas, acceso universal a los servicios de salud, mantenimiento de la funcionalidad física, mental y social; recreación, aspectos de espiritualidad y relaciones intergeneracionales.³

Para el Segundo Seminario, los temas comenzaron a cambiar radicalmente, la mayor parte de los temas se enfocaron a la salud y a las enfermedades crónicas, la depresión y aspectos psicopatológicos del envejecimiento; la biología del envejecimiento, el envejecimiento celular, la vigilancia epidemiológica, la educación para la salud.⁸ En este foro se incluyó la participación del DIF de algunos estados de la República como Guerrero, Morelos, Jalisco y Aguascalientes. Es muy importante señalar que la participación de Insen en este evento fue mínima y opacada por la divulgación de avances del DIF.

En el Tercer Seminario se discutieron esencialmente aspectos de políticas sociales de atención, participaron representantes de organismos nacionales e internacionales. El tema central fue buscar alternativas de atención ante un panorama complicado en cuanto recursos. Se presentaron experiencias de distintos sectores de la sociedad civil y de instituciones de gobierno y se hizo evidente la necesidad de retomar con fuerza la investigación gerontológica, la formación de recursos humanos y la creación de programas de atención integral.⁹ Un dato interesante es que en la presentación del Insen se reconoce que los esfuerzos realizados han sido relevantes, pero atienden de manera parcial, mas no integral al anciano.

En el Cuarto Seminario se discutieron y presentaron experiencias alrededor del autocuidado y los cuidados prolongados y el Quinto Seminario tuvo como tema central el desarrollo de potencialidades en la vejez, específicamente en lo relativo al mantenimiento de la salud y el incremento de la participación de los viejos en el nivel familiar.¹⁰

Para el final del sexenio de Miguel de la Madrid se llevó a cabo el último Seminario, que buscó hacer un recuento de los avances en lo político, social y asistencial. Como resultado de los esfuerzos emprendidos encontramos 700,000 afiliados al Insen en este período, la creación del primer Servicio de Geriatría con atención integral al hospitalizado anciano en el ISSSTE, los avances en

el campo de la docencia mediante la creación de la Especialidad en Geriatría y la prioridad que dio el IMSS a su Programa de Jubilados y Pensionados.

Sin embargo, el análisis fue crítico y se señaló también que durante la época de la crisis, las políticas de ajuste, sin duda, repercutieron en la seguridad social afectando a los sectores más vulnerables de la sociedad. Una de las conclusiones del Seminario fue que los ancianos vieron precarizado su nivel de vida, y se agudizó su estatus de carga social y familiar.

Asimismo se presentaron factores que impidieron la consolidación del envejecimiento como tema de la agenda pública, tales como las limitaciones económicas reflejadas en la restricción al presupuesto del sector salud, la falta de recursos humanos, la burocracia y frenos legales, y la falta de estudios e investigaciones gerontológicas. Para ese año, sólo se contaba con un documento epidemiológico, la Encuesta Nacional sobre las Necesidades de los Ancianos, realizada en 1982 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Muchos esfuerzos se vieron truncados, como fue el caso de la propuesta de las Legislaturas LII y LIII para crear la Ley Federal de la Vejez, que contemplaría una definición de vejez, los derechos y prestaciones mínimas de los que debe disfrutar y hacer valer el anciano; la creación y fortalecimiento de Institutos sobre vejez sobre las instituciones de Seguridad Social, las organizaciones de ancianos, los derechos de los jubilados y sobre derechos especiales, entre otros.¹¹

El balance de los primeros diez años es muy importante si se toma en cuenta que en 1977 el tema era prácticamente ajeno para todos los espacios públicos. Durante este período y derivado de la crisis económica, a pesar de que se desarrollaron esfuerzos por proponer programas específicos y sectoriales importantes, los problemas presupuestales y la falta de impulso por parte de los actores de gobierno generaron que las instituciones se vieran limitadas en cuanto a la planeación y metas de crecimiento que se plantearon desde su creación.

El período de estancamiento

El contexto en el cual se da la transición de gobierno de 1988 propició que la administración del Presidente Carlos Salinas de Gortari tuviera como prioridad la legitimación de su mandato. El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 propone un concepto de política

Marissa Vivaldo Martínez
María de la Luz Martínez Maldonado

social que tuvo como finalidad la equidad, el desarrollo, el bienestar colectivo y la justicia social. Las prioridades para esta política fueron el desarrollo sostenible y el ataque frontal a la pobreza.¹² El Plan se centró en el carácter integral de la estrategia del Pronasol y en la simultaneidad del desarrollo social con el democrático. Se señaló también que el crecimiento no tendría sentido si no respondía a las demandas sociales, las cuales tenían una prioridad estricta en el caso de la pobreza extrema.

Los objetivos de Pronasol fueron: mejorar las condiciones de vida de los grupos campesinos, indígenas y colonos populares; promover el desarrollo regional equilibrado, promover y fortalecer la participación y gestión de las organizaciones sociales y autoridades locales.¹³ En esta administración la población senescente no fue considerada explícitamente y de hecho tan sólo se desarrolló un subprograma dirigido al grupo etario: “Maestros Jubilados”, que buscaba reincorporar a este sector a la vida laboral. De acuerdo con los informes de gobierno, la atención de los ancianos fue responsabilidad del SNDIF y se basó en acciones asistencialistas enfocadas a apoyos alimentarios y en casos de abandono.¹⁴

Sin embargo, durante este período encontramos experiencias innovadoras en algunas instituciones. El IMSS, por ejemplo, desarrolló un programa piloto de atención domiciliaria en el Centro Médico La Raza y el ISSSTE programas especializados en Geriatría y atención del Alzheimer. Por su parte el SNDIF continuó con programas de asistencia a ancianos en situación de vulnerabilidad y el Insen operaba programas educativos, sociales, culturales y psicológicos. Cabe señalar que en esta etapa creció el número de instituciones privadas que desarrollan actividades a favor de los viejos.¹⁵

Es interesante mencionar que el DIF informó que para 1992 atendía a 621,732 personas mayores de 60 años en 37 casas hogar para ancianos, proporcionó atención integral con servicio de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas. En contraste, para el mismo año el Insen atendió a 347,512 personas de 60 años y más en albergues temporales, casas hogar para ancianos, clubes de la tercera edad o bien ofreciendo servicios de salud comunitaria.¹⁶

De 1993 a 1995 el presupuesto del Insen tuvo un incremento de 28,290,600 a 32,400,000 pesos corrientes, lo que significó un aumento de 14.5%, aun cuando en términos reales hubo una disminución de 3.93% al

tomar en cuenta la inflación notificada por el Banco de México. Es importante señalar que casi una tercera parte del presupuesto del Instituto estaba destinada a gastos de administración. La escasa sustentabilidad del Insen se reflejó en el hecho de que para ese momento solamente el 1.5% del total de su presupuesto provenía de fuentes propias, el resto, del gobierno federal.¹⁵

En este sexenio podemos observar que dada la relevancia que cobra el Pronasol, el tema del envejecimiento queda soslayado a nivel de agenda pública y gubernamental, y las principales acciones derivan de los esfuerzos e intereses de las instituciones que tenían como responsabilidad la atención del grupo etario.

Para el sexenio del Presidente Ernesto Zedillo, una de las prioridades fue el desmantelamiento de Pronasol, mediante la incorporación de una nueva política social basada en la focalización de la pobreza a nivel de las comunidades más pobres del país. Este sexenio está enmarcado por la búsqueda de la consolidación del modelo neoliberal, que implicaba en gran medida un reimpulso del adelgazamiento del Estado, procurando la atención únicamente de los grupos más marginados.

Un aspecto muy importante de este sexenio es que el tema demográfico fue recurrente en la argumentación sobre el diseño de las políticas sociales; se planteaba que el desarrollo debía articularse con una adecuada política demográfica, en el sentido de que había que garantizar sustentabilidad ante el inminente bono demográfico y ante las proyecciones relativas al envejecimiento de la población. En este sentido, en el Programa Nacional de Desarrollo 1995-2000 podemos identificar claramente el tema de los ancianos: “De manera particular, se atenderá a las personas de la tercera edad que, al dejar de participar en actividades económicas formales constituyen uno de los sectores más desfavorecidos”. Por otro lado, se menciona que “las acciones en materia de desarrollo social deben considerar, necesariamente, como uno de sus objetivos que esta población tenga una vida digna y tranquila con los servicios de sustento, salud, vivienda y recreación que demanda”. Por último, menciona que “la atención a este grupo, habrá de traducirse en acciones concretas orientadas al funcionamiento de una seguridad social justa, que les permita retirarse de la vida laboral sin detrimento de su bienestar; a la ampliación de los servicios educativos, culturales, de reposo y recreación y al aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias”. Lo señalado en el Plan Nacional de

La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas

Desarrollo es fundamental, pues sentó las bases para la reforma al sistema de pensiones de los trabajadores del sector formal privado que entró en vigor en 1997.

Durante este sexenio, a nivel institucional, el Insen continuó con su proceso de debilitamiento. Aunque amplió su gama de servicios asistenciales al incorporar de manera importante los servicios de atención geriátrica, las posibilidades de desempeñarse como órgano capaz de orientar las acciones e investigaciones sobre la atención al envejecimiento comenzaron a verse cada vez más lejanas. En este período se dieron dos momentos importantes para el Insen, el primero en 1996, cuando publica su catálogo de Programas Asistenciales y Servicios Sociales, que afirma que sus acciones están sustentadas en los principios fundamentales de la Asistencia Social y en las directrices marcadas por el Plan Nacional de Desarrollo.

De acuerdo con esto, el Instituto dirigiría sus esfuerzos al nivel preventivo y de implementación de servicios.¹⁷ En este momento el Insen despliega un plan de trabajo de 24 programas entre los que destacan: apoyo al poder adquisitivo, promoción del empleo, servicios educativos, promoción y desarrollo comunitario, atención geriátrica, servicios geriátricos en unidades especiales, investigación social gerontológica, investigación geriátrica, y promoción y concertación interinstitucional.

En 1999 se da un replanteamiento de las líneas de acción del Instituto y se agregan 12 programas de investigación y desarrollo social, que parten de los lineamientos acordados por los organismos internacionales. Frente a la convocatoria a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento fue prioritario retomar el camino de la investigación, pues de acuerdo con el propio Instituto “no existe realmente una trayectoria de investigación gerontológica en casi ninguno de los campos de investigación, ni siquiera en los niveles descriptivos, que brinde un punto de partida para esa labor. Por razones diversas, las acciones de estudio e investigación explícitas en su objetivo no han sido suficientes hasta el momento”.¹⁷

Un dato de gran relevancia es que en agosto de 1999, en el estado de Yucatán, se promulgó la primera ley en la materia denominada Ley para la Protección Social de las Personas en Edad Senescente del Estado de Yucatán. En diciembre del mismo año fue aprobada la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Distrito Federal. Estos antecedentes fueron fundamentales porque

constituyeron las primeras experiencias legislativas en el país, que sentaron las bases para las leyes emanadas de los Congresos Estatales en los años subsecuentes. Asimismo, esta Ley consideró gran parte de los aspectos que se tocarían años después en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de 2002.

Un nuevo impulso

La llegada del Presidente Vicente Fox representó no sólo la alternancia del partido en el poder, sino un cambio también en la forma de organizar la política social y la política pública para la atención al envejecimiento. Podemos identificar en principio un recrudescimiento de la focalización y de la política de individualización de la pobreza a través de los programas sociales.

En el año 2000, el grupo de población de 60 años y más es de 7.1 millones de personas.¹⁸ El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 señaló de manera específica y amplía el tema del envejecimiento. El apartado Desarrollo Social y Humano menciona de manera introductoria que:

- Las proyecciones muestran que el grupo de mayores de 60 seguirá aumentando significativamente en términos absolutos y relativos. Esto demanda el establecimiento de un mejor sistema de pensiones, servicios de salud y la creación de instituciones y de formas de convivencia sociales que les permitan gozar de oportunidades para una vida plena. El grupo de los adultos en edades productivas atraviesa por una transición importante.
- Los cambios estructurales en la economía del país, y las profundas transformaciones tecnológicas y económicas en todo el mundo, plantean nuevos requerimientos de educación y formación continua, además de la responsabilidad de sostener tanto las necesidades de niños y jóvenes como de adultos mayores.
- Por otra parte, no se han dado las condiciones suficientes para la integración cultural, educativa, laboral y social de este grupo de población, problema que se agrava debido a que la situación económica ha limitado la asignación de recursos para este fin.

Y, en el objetivo rector número 2, se propuso que era necesario:

Marissa Vivaldo Martínez
María de la Luz Martínez Maldonado

- Desarrollar políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada.
- Brindar a los adultos de edad avanzada mayores retribuciones, asistencia y oportunidades como el empleo, que les permitan alcanzar niveles de bienestar acordes con sus necesidades y que valoren su contribución al desarrollo del país.
- Fortalecer, enriquecer y ordenar las políticas y programas que atienden a las personas de edad avanzada, mediante la promoción de un Comité Nacional de Atención al Envejecimiento y de comités estatales, con la inclusión de más instituciones gubernamentales y privadas.
- El propósito es que este grupo de edad se mantenga en el más alto nivel posible de sus capacidades físicas, mentales y sociales. Se pondrá énfasis en la preparación de modelos de participación ciudadana con carácter autosustentable.
- Al mismo tiempo, se elaborarán programas de carácter preventivo.
- Promover las investigaciones para conocer con más precisión las necesidades de los adultos mayores en diferentes regiones del país y en el futuro.

En materia de envejecimiento, la administración 2000-2006 marca un nuevo impulso al tema que no sólo se vio reflejado en la inclusión del envejecimiento en el Plan Nacional de Desarrollo y en las estrategias de acción que de él se desprenden, sino que lograron un nuevo punto de desarrollo en el año 2002 cuando se promulga la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Esta Ley es importante por dos razones, la primera es que sienta las bases de lo que intentaría ser una política basada en derechos; por otro lado, tuvo la intención de dar un nuevo impulso al Insen, que se convertiría en Instituto Nacional de los Adultos en Plenitud, y posteriormente en el Instituto de las Personas Adultas Mayores. La nueva Ley coloca al Inapam como órgano rector de la política pública en materia de envejecimiento.

Esta nueva Ley plantea como objetivos propiciar condiciones de bienestar, garantizar a los adultos mayores el ejercicio pleno de sus derechos, establecer las bases para la concertación y planeación de acciones por parte del sector público y privado, impulsar la atención interinstitucional e integral, así como promover la participación ciudadana, especialmente la de los propios viejos en la formulación de políticas, programas y acciones justas y equitativas.¹⁹

Otro aspecto importante es que busca fomentar una cultura de la vejez, para procurar trato digno, con respeto y solidaridad. Además busca impulsar el desarrollo humano bajo los principios de equidad de género dentro del núcleo familiar y comunitario. Se consolidan en esta Ley muchas de las ideas que desde la propuesta de las Legislaturas LII y LIII se venían pensando como la del fomento de la participación, la asignación de beneficios sociales, el fomento a la investigación, la sensibilización, la incorporación de los mayores a la vida productiva dentro de sus capacidades y el desarrollo de investigación. Pero además, se incluyen aspectos relevantes como el impulso al fortalecimiento de las redes de apoyo social formales e informales, la creación de espacios educativos y becas para el desarrollo profesional, la creación de espacios de expresión y el impulso de programas compensatorios.

Adicionalmente, en el documento “Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006. Superación de la Pobreza: una tarea contigo”, se señala que el proceso de envejecimiento de la población implicará una acción gubernamental más amplia que permita atender a estos grupos, los cuales muchas veces ya no poseen la capacidad de salir de la condición de pobreza por su propio esfuerzo.

Para atender el envejecimiento se plantearon cinco líneas de acción:

- Crear conciencia en la población en general, en la familia y también en los mismos adultos mayores sobre sus derechos, así como sobre las necesidades y cuidados especiales que deben observar para lograr una vida digna.
- Establecer acuerdos de coordinación que permitan aprovechar la capacidad instalada del gobierno y la iniciativa ciudadana para beneficio de los adultos mayores.
- Impulsar mejores programas de cuidado de la salud para los adultos mayores, enfocados a la prevención de enfermedades crónico-degenerativas.
- Apoyar las condiciones para que los adultos continúen participando activamente, dejando de ser sujetos pasivos de las políticas sociales.

La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas

En esta Ley se contemplan ámbitos prioritarios de actuación a favor de los adultos mayores entre los que podemos identificar los siguientes:

- **Servicios sociales:** estableciendo las bases para la planeación y concertación de acciones entre las instituciones públicas y privadas, para lograr un funcionamiento coordinado en los programas y servicios que presten a este sector de la población, a fin de que cumplan con las necesidades y características específicas que se requieren (Cap. 1, Art. 10, fracc. *IV*); Promoviendo la solidaridad y la participación ciudadana para consensar programas y acciones que permitan su incorporación social y alcanzar un desarrollo justo y equitativo (Cap. 1, Art. 10, fracc. *V*); mediante el fomento de la permanencia, cuando así lo deseen, de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario (Cap. 1, Art. 10, fracc. *X*); y de programas especiales de educación y becas de capacitación para el trabajo, mediante los cuales se logre su reincorporación a la planta productiva del país, y en su caso a su desarrollo profesional (Cap. 1, Art. 10, fracc. *XI*).
- **Salud:** impulso de la atención integral e interinstitucional de los sectores público y privado y de conformidad a los ordenamientos de regulación y vigilar el funcionamiento de los programas y servicios de acuerdo con las características de este grupo social (Cap. 1, Art. 10, fracc. *V*); fortalecimiento de redes familiares, sociales e institucionales de apoyo a las personas adultas mayores y garantizar la asistencia social para todas aquellas que por sus circunstancias requieran de protección especial por parte de las instituciones públicas y privadas (Cap. 1, Art. 10, fracc. *XII*).
- **Vivienda y transporte:** en el Artículo 6, la Ley establece como deber del Estado promover la existencia de condiciones adecuadas para las personas adultas mayores tanto en el transporte público como en los espacios arquitectónicos. Así mismo, en el Artículo 21 asigna a las instituciones públicas de vivienda de interés social, garantizar las acciones necesarias a fin de concretar programas de vivienda que permitan a las personas adultas mayores la obtención de créditos accesibles para adquirir una vivienda propia o remodelarla en caso de ya contar con ella, y el acceso a proyectos

de vivienda de interés social que ofrezcan igual oportunidad a las parejas compuestas por personas adultas mayores, solas o jefes de familia.

- **Participación:** promoción de la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y ejecución de las políticas públicas que les afecten (Cap. 1, Art. 10, fracc. *VIII*); impulso el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores observando el principio de equidad de género (Cap. 1, Art. 10, fracc. *IX*); propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que permitan al país aprovechar su experiencia y conocimiento (Cap. 1, Art. 10, fracc. *XI*); fomentar la creación de espacios de expresión para las personas adultas mayores (Cap. 1, Art. 10, fracc. *XX*).
- **Violencia, discriminación y maltrato:** promoción de la difusión de los derechos y valores en beneficio de las personas adultas mayores, con el propósito de sensibilizar a las familias y a la sociedad en general respecto a la problemática de este sector (Cap. 1, Art. 10, fracc. *XVIII*).

Este nuevo impulso coincide con uno de los ejes de la política exterior de la administración que consistía en participar activamente en la conformación de un sistema internacional que promueva la estabilidad y la cooperación, sobre la base del derecho internacional, y que nos proporcione espacios de acción política y diplomática frente a otras naciones o regiones.²⁰ Para el año 2002, se procuró que la participación de México en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid presentase innovaciones y acciones concretas en la materia. Así, se buscó posicionar al tema del envejecimiento nuevamente en la agenda pública. A partir de 2002, el gobierno mexicano participó en las reuniones que siguieron a la Segunda Asamblea y adquirió compromisos en la materia tales como la elaboración de un Plan Nacional Gerontológico, políticas encaminadas a la formación de recursos humanos en Geriatria y Gerontología, políticas de salud encaminadas a la prevención de enfermedades crónicas, etcétera.

En la Respuesta del Gobierno de México sobre las medidas establecidas desde la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 2002, se presentó un breve panorama de la situación del país: las estimaciones indicaban que 70% de las personas de 60 años y más

carecía de seguridad social, y que en el país sólo habían 300 geriátras para atender a 8.3 millones de adultos mayores.²¹ Además de registraba un acceso limitado de los adultos mayores a los programas de envejecimiento saludable. Se mencionaba también la creación del Consejo Consultivo Ciudadano de las Personas Adultas Mayores; un Plan Nacional Gerontológico, que no se publicó; el Programa Nacional para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores y el Programa de Acción para la atención al Envejecimiento 2001-2006.

Respecto a los avances en materia de atención al envejecimiento en relación con las acciones de las instituciones responsables de atención, el documento señala como principales las aportaciones de:

- **Secretaría de Desarrollo Social.** Mediante las acciones derivadas de la Estrategia Nacional del Desarrollo Social Contigo, se buscaba alcanzar equidad e igualdad a lo largo del ciclo de vida, mediante el desarrollo de capacidades, la generación de opciones de ingreso, la formación de patrimonio y la protección social. Los programas que se desprenden de esta estrategia fueron Oportunidades, que cuenta con componentes de apoyo como *PREVENIMSS* y *PREVENISSSTE*, el Mecanismo de Ahorro para el Retiro de Oportunidades que tenía como propósito que la población de entre 30 y 69 años, de manera voluntaria comenzara el proceso de ahorro para el retiro; Programa de Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales; el Programa de Abasto Social de Leche y el Programa Hábitat. En enero de 2006 se estableció un componente de apoyo monetario para adultos de 70 años y más que recibían 250 pesos mensuales y al cierre del año se estimó que se beneficiarían 900 mil personas.
- **Inapam.** Basó sus propuestas en tres ámbitos: capacitación, atención directa y atención a otras poblaciones con carácter preventivo. En conjunto con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos creó el Programa Nacional de los Derechos Humanos en 1995, como responsable de la operación de las acciones en la materia. Para esto, se crearon los Programas de Promoción y Difusión de los Derechos Humanos y Programa de Transmisión de Valores de las Personas Mayores a los Jóvenes Infractores. Llevó a cabo actividades

socioculturales, recreativas y de cultura física y se desarrolló el Programa de Promoción del Empleo y de Capacitación para el Trabajo, además del Programa Tercera Llamada en el que se financiaron proyectos productivos con créditos de entre 500 y 5 mil pesos para iniciar o consolidar un negocio. El Programa de Promoción y Desarrollo Comunitario se limitó a la creación de clubes y centros culturales, aunque la idea original debía enfocarse a la participación de las personas mayores a favor del mejoramiento de las condiciones de su comunidad. Para esta administración se crearon las Clínicas de Hipertensión, de Diabetes, de Memoria y de Adicciones, y se enfocó el servicio psicológico al autocuidado y a la estimulación de capacidades cognitivas. Se estableció el Programa de Enseñanza para formar recursos en Geriátrica y Gerontología, a fin de elevar la calidad de los servicios.

A pesar de las capacidades y obligaciones otorgadas por la Ley, el Inapam no alcanzó tampoco su consolidación como organismo rector para el diseño de políticas públicas, en parte por razones de tipo presupuestal. Aunque en 2003 tuvo un presupuesto asignado de 190,891,065 pesos y para 2006 de 264,403,449 pesos, lo que representó un incremento de casi 40%, más de 60% de sus ingresos totales se destinaron al rubro de servicios personales. En el año 2004 publicó la Agenda del Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el tema de Adultos Mayores, que convocó a 38 instituciones del Ejecutivo Federal y organizaciones civiles con el objeto de consensar una política pública de Estado incluyente, democrática, participativa y multisectorial para atender a la población objetivo. La idea era la creación de un Consejo Nacional para las Personas Adultas Mayores que permitiese la articulación institucional para el diseño, estrategias, acciones, seguimiento e implementación de una política para la atención al envejecimiento.

Actualidad

A pesar de que la administración del Presidente Felipe Calderón se ha caracterizado por una agenda muy enfocada al tema de la juventud y la seguridad, el tema del envejecimiento logró introducirse en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.

Grupos vulnerables

Es obligación del Estado propiciar igualdad de oportunidades para todas las personas, y especialmente para quienes conforman los grupos más vulnerables de la sociedad, como los adultos mayores, niños y adolescentes en riesgo de calle, así como a las personas con discapacidad. La igualdad de oportunidades debe permitir tanto la superación como el desarrollo del nivel de vida de las personas y grupos más vulnerables. Estas oportunidades deben incluir el acceso a servicios de salud, educación y trabajo acorde con sus necesidades. La situación de estos grupos demanda acciones integrales que les permitan llevar una vida digna y con mejores posibilidades de bienestar.

Objetivo 17. Abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables, para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud.

Estrategia 17.3. Se focalizará el apoyo a la población de 70 años y más, con prioridad a quienes habitan en comunidades de alta marginación o que viven en condiciones de pobreza. Mediante esta estrategia, se otorgará un apoyo económico bimestral a los ancianos de 70 años y más que vivan en áreas rurales con menos de 2,500 habitantes.

Estrategia 17.4. Aprovechar la experiencia de los adultos mayores, y generar oportunidades que les permitan desarrollarse en actividades productivas de relevancia para su comunidad.

Con el propósito de estimular la generación de empleos para este sector de la población, se ofrecerán estímulos fiscales a las empresas que den empleo a adultos mayores que desean continuar su vida de manera productiva.

Además, se impulsarán acciones que permitan aprovechar la experiencia de estos adultos y que, al mismo tiempo, les generen un ingreso adicional para que puedan hacerle frente al empobrecimiento progresivo que padecen, producto del desempleo o de la insuficiencia de su pensión o jubilación.

Estrategia 17.8. Procurar el acceso de personas en condiciones de vulnerabilidad a redes sociales de protección. Sin que el Estado descuide sus responsabilidades y obligaciones con las personas en condiciones de vulnerabilidad, se promoverá su atención por organizaciones de la propia sociedad civil.

Estrategia 17.9. Dar prioridad a las vertientes de apoyo alimentario y nutricional de los programas del gobierno con responsabilidades en esta materia.

Se consolidarán las políticas públicas de apoyo alimentario con acciones integrales y articuladas que permitan atender con más oportunidad y eficacia a la población vulnerable en el campo y las ciudades: personas en condición de pobreza alimentaria, niños en situación de calle, adultos mayores de 70 años en desamparo (Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012).

A partir del Plan Nacional de Desarrollo se han implementado estrategias por distintas dependencias de gobierno que han buscado impactar en el mejoramiento de la calidad de vida y en el desarrollo integral de las personas mayores de 60 años. Un aspecto de gran relevancia es que se ha buscado incluir lineamientos marcados por los organismos internacionales como son el Envejecimiento Activo, el Envejecimiento Saludable, así como la perspectiva de derechos en las políticas públicas. Además, encontramos un reimpulso de los aspectos preventivos que implican una atención al envejecimiento por parte del sector salud, no así por parte de las estrategias del Inapam y la Secretaría de Desarrollo Social, que enfocan prácticamente todos sus esfuerzos a las personas mayores de 60 años. Entre las acciones más relevantes encontramos:

- **Programa de Atención a adultos mayores en Zonas Rurales de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol).** El objetivo es contribuir a que los adultos mayores de 60 años y más logren superar las condiciones de pobreza alimentaria en que se encuentran y accedan a mejores condiciones de vida. Opera en los 32 estados de la República Mexicana mediante una transferencia anual de 2,100 pesos en efectivo, que se entrega en un máximo de tres exhibiciones.
- **Programa de Atención a adultos mayores de 70 años y más de la Secretaría de Desarrollo Social.** El objetivo es mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores de 70 años y más que habitan en localidades de hasta 2,500 habitantes. Con este programa los beneficiarios reciben un apoyo mensual de 500 pesos, el cual se entrega de manera bimestral. Según la accesibilidad de

las localidades se podrá espaciar la entrega de los apoyos de manera cuatrimestral.

- **Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Implementado por la Secretaría de Salud en conjunto con el Seguro Social, el ISSSTE y otras instituciones.** El objetivo es contribuir a la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mayor de 60 años, así como al desarrollo de estrategias para su prevención oportuna. La finalidad en el desarrollo y progreso del presente programa es alcanzar un “envejecimiento activo”, es decir, al mantenimiento de la funcionalidad del adulto mayor en el contexto de la salud. Los programas incluyen: promoción de la salud y comunicación social, detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico-degenerativas, tratamiento y control de enfermedades, modelo integrado de atención a la salud. Se cuenta con un esquema básico de atención a los adultos mayores mediante la Cartilla Nacional del Adulto Mayor, con la cual se pretenden lograr intervenciones de salud para las enfermedades más comunes: diabetes, hipertensión arterial, cáncer; así como para los problemas visuales, de la boca y la memoria.
- **Seguro Popular implementado por la Secretaría de Salud.** La meta es brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social a través de la opción de aseguramiento público en materia de salud. Mediante el Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes) que cubre 249 intervenciones médicas y 307 claves de medicamentos.
- **Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social, implementado por el DIF.** Su objetivo es proporcionar atención gerontológica a personas adultas mayores sujetas de asistencia social que se encuentran en desamparo, incapacidad, marginación o maltrato; ofrece servicios integrales multi e interdisciplinarios para satisfacer las necesidades de los usuarios y de sus familiares; proveer alojamiento en los Centros Gerontológicos del DIF, educación continua gerontológica a la población en general y formar profesionales en

el ámbito gerontológico. Los servicios que se proporcionan son: centros gerontológicos y casas hogar, atención a la comunidad, rehabilitación e integración social, formación y capacitación de recursos humanos, sensibilización y difusión; alojamiento, alimentación, vestido, actividades socioculturales, recreativas y deportivas; atención médica, atención psicogerontológica, asistencia jurídica, atención psiquiátrica y atención de día.

- **Programa de Atención a la Salud y el Envejecimiento implementado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).** El objetivo es brindar atención preventiva en asuntos relacionados con la salud y el envejecimiento en el primer nivel de atención. Se ha iniciado el funcionamiento de 139 módulos gerontológicos en las instalaciones de primer nivel del Instituto, con una homogenización de los procedimientos con base en el manual de normas y las guías terapéuticas correspondientes a los problemas del envejecimiento más comunes, de los cuales 83 se han acreditado con base en el Manual de Normas y Guías Terapéuticas. Asimismo, se han nombrado líderes regionales y responsables de la capacitación básica en 30 centros del país (hasta 2001 sólo existía un centro de capacitación). Para la atención de segundo nivel se facultaron 10 centros de segundo nivel. A la fecha se han establecido 40 servicios interconsultantes de esta especialidad en igual número de unidades hospitalarias. En cuanto al tercer nivel, se implementarán servicios completos en hospitales regionales (en la actualidad sólo hay dos servicios de hospitalización geriátrica).
- **Programa de Envejecimiento Activo (PREA) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).** Su objetivo es conservar y desarrollar el potencial de bienestar físico, mental y social del adulto mayor y mejorar su calidad de vida con salud, independencia, dignidad y participación en diversas actividades. Esto se lleva a cabo a partir de servicios médicos, diversos espacios educativos, recreativos y de convivencia social, a fin de que tengan una atención integral de su salud física, mental, emocional y social.

La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas

- **Modelo de Atención Gerontológica del Inapam.** El objetivo es establecer una política pública de vejez que considera fundamentalmente aquellos factores que elevan la calidad de vida de las personas adultas mayores bajo un enfoque de derechos y con perspectiva de envejecimiento. Esto se desarrolla partir de cuatro ejes: Eje 1: transmisión de valores. Eje 2: empleo y apoyo a la economía. Eje 3: salud, investigación y formación del recurso humano en gerontología. Eje 4: desarrollo social y comunitario: asesoría jurídica, actividades socioculturales, turismo y recreación, servicios educativos, servicios psicológicos, desarrollo comunitario, cultura física.

A lo largo de esta administración el Inapam ha visto un decremento en su presupuesto, pasó de 264,403,449 pesos para el año 2006 a 233,354,975 pesos en 2010. En ese mismo año, el Inapam propuso los ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas mayores.²²

- **Cultura del envejecimiento.** Establece como fundamento la premisa ética y normativa de considerar a las personas adultas mayores como sujetos de derechos y no como grupo vulnerable objeto de protección. A partir de este criterio las políticas deben asegurar la integridad y dignidad de este sector, así como la protección efectiva de sus derechos humanos.
- **Envejecimiento activo y saludable.** Las acciones de este eje están encaminadas a proporcionar los medios y las oportunidades para el goce de una vejez saludable a través de actividades, eventos de recreación, de esparcimiento, de asociación y de participación, que contribuyen a su bienestar y autoestima.
- **Seguridad económica.** Sus objetivos se dirigen a incentivar la participación de la población en el sector formal, a generar mejores oportunidades de autoempleo y a lograr una mayor cobertura del sistema de pensiones y jubilaciones.
- **Protección social.** Tiene como objetivo garantizar las necesidades mínimas de las personas de edad, tales como salud, alimento, abrigo y vivienda, con la finalidad de mejorar sus niveles de bienestar, especialmente de quienes se encuentran en

condiciones de vulnerabilidad o desventaja social, entendida como pobreza, enfermedad, invalidez, discriminación, abandono e indefensión.

- **Derechos de las personas adultas mayores.** Las acciones están encaminadas a garantizar y ampliar la protección efectiva de los derechos humanos de las personas mayores, especialmente para asegurar la igualdad y la no discriminación por razón de edad.

Uno de los avances más importantes de este sexenio ha sido la creación del Instituto Nacional de Geriátrica, cuyo objetivo central es contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población mexicana que envejece, mediante la investigación en salud, la generación de conocimiento y de propuestas de acción que lleven a la definición de políticas públicas para favorecer el envejecimiento saludable de la población en México, con la participación de los sectores social y privado.

Este Instituto se creó el 28 de julio de 2008, por decreto presidencial y su proyecto fue respaldado por especialistas en envejecimiento y salud, instituciones nacionales como el IMSS, el Inapam, la Fundación Mexicana para la Salud, el SNDIF así como la Facultad de Medicina de la UNAM y varios organismos internacionales.²³

La misión del Instituto es promover el envejecimiento activo y saludable, el desarrollo de recursos humanos especializados y el impulso al desarrollo de servicios de salud en conjunto con el Sistema Nacional de Salud. La creación del Instituto podría considerarse la acción más relevante del sexenio en esta materia, pues supone un paso firme hacia la institucionalización del envejecimiento y una nueva vertiente de avance en lo relativo a la formulación de políticas, planes y programas de salud. El Instituto busca colocarse como el referente dentro del Sistema Nacional de Salud para el desarrollo de acciones enfocadas al bienestar de las personas envejecidas. Adicionalmente, ha desarrollado acciones muy importantes enfocadas a la reflexión y discusión del envejecimiento como una prioridad en materia de investigación.

Análisis

Como se observa, nuestro país ha impulsado avances y acciones concretas en cumplimiento con lo previsto por el Plan Internacional de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento 2002. Dichos avances tienden a circunscribirse a planteamientos y decretos

normativos que —en la práctica— difícilmente se traducen en acciones positivas a favor de este grupo de edad; se enfocan primordialmente en un esquema asistencialista y paternalista que va en detrimento de la participación de los adultos mayores prevista en el documento.

En lo que se refiere al ámbito de la legislación de derechos para los adultos mayores, el avance es aún limitado y no se han consolidado estrategias para su divulgación y cumplimiento. En consecuencia, el fenómeno de la discriminación y exclusión de este grupo continúa siendo un tema por resolver. Por otro lado, si bien México se ha adherido y firmado diversos convenios internacionales, el carácter no vinculante de éstos hace difícil su puesta en práctica al igual que en otras partes del mundo, esto es, aun cuando en el documento de diagnóstico presentado por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social²⁴ se establece que México está realizando un trabajo intersectorial sobre el particular, en la práctica cada institución funciona por su cuenta con programas que se duplican, y que fomentan la dependencia de los viejos y el protagonismo de las instituciones. En general, las acciones que se llevan a cabo carecen de programas de evaluación sistemáticos; cuando se tienen, se realizan en función de estadísticas y no de su impacto en las realidades de los actores sociales.

Como podemos observar, el envejecimiento como tema prioritario de la agenda pública no ha alcanzado su consolidación, asunto que se ve reflejado en el cambiante curso de las directrices, principios y alcances de las instituciones y programas enfocadas a la atención de éste; es decir, las políticas se han construido a partir de visiones de gobierno y no de Estado, lo que causa que el carácter de las políticas no sea el de políticas públicas sino en realidad de políticas gubernamentales.

Una política pública se puede definir como las estrategias encaminadas a resolver problemas públicos.²⁵ Se pueden definir también como el conjunto interrelacionado de decisiones y no-decisiones, que tienen como foco un área de conflicto o tensión social. Se trata de decisiones adoptadas formalmente en el marco de instituciones públicas —lo cual les confiere la capacidad de obligar—, pero que han sido precedidas de un proceso de elaboración en el cual han participado una pluralidad de actores públicos y privados.²⁶

El enfoque de las políticas públicas tendría una racionalidad científica enfocada a la solución viable,

factible y sustentable de problemas de carácter público. Y en este punto es de fundamental importancia distinguir entre el carácter político de una acción pública, en tanto su relación con la legitimación del poder y las decisiones de autoridad, de las políticas públicas que derivan del análisis y las herramientas que proporciona la ciencia política (y otras disciplinas) para dilucidar la factibilidad, estrategia comunicativa y eficacia de las políticas.²⁷

En este sentido, para existir, las políticas públicas deben partir de una base democrática, es decir, de la participación de los distintos actores sociales en un principio de corresponsabilidad en su formulación, implementación y evaluación. La democracia imperfecta de nuestro país implica que el grupo o grupos afectados o protagonistas del tema a tratar, no sólo no participan, sino que se han convertido en simples consumidores de programas gubernamentales.

El perfil de una política pública depende del Estado, historia, construcción, nivel de desarrollo y, por supuesto, está relacionada con la forma de hacer política y con las prioridades de la vida política. En el caso mexicano observamos un sistema político que se encuentra limitado para expresarse más allá del sexenio. En más de treinta años de políticas para el envejecimiento en México, encontramos que la mayoría de las acciones, programas e incluso legislaciones se desprenden del interés (o falta de éste) de los gobiernos en la solución de los problemas derivados de la transición demográfica y epidemiológica que se han manifestado como prioritarios: el tema de la salud y de los sistemas de pensiones. Por otro lado, destaca el hecho de que los esfuerzos se han centrado, tradicionalmente, no en la atención del envejecimiento, sino en la atención de la vejez y específicamente del sujeto denominado adulto mayor.

La política gubernamental de atención a la vejez en México se ha construido históricamente a partir del principio de pobreza e integración social. Es decir, la atención se centró en una concepción de los mayores asociada con la necesidad y dependencia económica. De aquí se desprende una serie de programas que están enfocados esencialmente a acciones de corte asistencialista que no promueven la participación social o la creación de una base ciudadana, sino la transferencia de recursos económicos, servicios o apoyos.

Una fase avanzada en la construcción de políticas para el envejecimiento en términos de pobreza es la que se denominó de requerimientos para la vida, que

La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas

tiene su expresión en la medición de la pobreza en necesidades básicas insatisfechas de Maslow, se refiere a distintos campos del bienestar humano que deben cubrirse y satisfacerse para que las personas tengan una vida plena.²⁸ Esta visión representa con claridad los lineamientos de política social neoliberal, que implican un adelgazamiento del Estado y un recrudecimiento de la individualización de la pobreza. En este contexto se desarrollan programas como Setenta y Más y todos aquellos que implican la atención y el interés por aquellos más vulnerables dentro de los vulnerables.

En un segundo momento se buscó construir una política basada en el principio de los derechos, es decir, los mayores de 60 como sujetos de derechos y no sólo como beneficiarios de políticas. Sin embargo, este enfoque implica, en su concepción una activa participación de los mayores que no se observa claramente en nuestro país, pues encontramos un desconocimiento generalizado de los derechos de los mayores de 60 por el mismo grupo etario y por el resto de los grupos sociales. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2010, una tercera parte del país considera que los derechos de los adultos mayores no se respetan en nada, y una cuarta parte señala que la edad es uno de los tres factores principales por los cuales no se respetan los derechos.

Las contradicciones sociales, las demandas sociales insatisfechas, las crecientes inequidades de nuestro país, aunadas a un sistema político con grandes limitaciones en cuanto a la participación social, generan obstáculos que impiden la consolidación de una política con perspectiva de derechos. Es decir, a nivel institucional se hacen propuestas y se toman iniciativas, sin embargo, la población sujeto de derechos se convierte en realidad en objeto de éstos.

Conclusión. Un tránsito necesario

Colocar el tema del envejecimiento en la agenda pública, y trasladarlo posteriormente al nivel de política pública, implica una serie de elementos que en inicio debieran partir de una política gubernamental para posteriormente avanzar hacia la construcción de una política pública.

Actualmente, el Estado Mexicano cuenta con las bases para desarrollar una verdadera política de atención

al envejecimiento. Existe ya la base institucional y la legislación a nivel federal, y en el plano de las entidades federativas se ha avanzado considerablemente. Es momento de impulsar la creación de una base ciudadana que garantice en el futuro políticas públicas responsables, basadas en planes derivados del consenso entre los diferentes actores que convergen dentro del Estado, por supuesto que incluya a los propios viejos.

Por lo anterior, las políticas de atención al envejecimiento deben ser construidas a partir de una perspectiva de ciudadanía, que permita la pluralidad, vista no como simple alteridad, sino como un espacio de apariencias, de visibilidad, en el que los hombres y las mujeres puedan ser vistos y oídos y puedan revelar mediante la palabra y la acción *quiénes* son.²⁹ La intención es que las políticas expresen que los viejos son *alguien* y no *algo* y como ciudadanos participen en la construcción de las soluciones de sus problemáticas y necesidades.

Es necesario lograr que el trato que las políticas den al envejecimiento esté caracterizado por la equidad en el acceso a las oportunidades, por la participación social y por el reconocimiento de la heterogeneidad de éste.

Una alternativa para avanzar es proponer como eje del diseño de las políticas al envejecimiento activo en sus niveles de paradigma, procurando una visión objetiva de los viejos al considerarlos un importante capital social y humano; como estrategia política, al ser el eje que sustente modelos de atención gerontológica alternativos a los modelos centrados en el asistencialismo y la dependencia y, como acción instrumental, a través del desarrollo de modelos que permitan la implementación sistemática de estrategias para lograr el empoderamiento de las personas mayores.

El envejecimiento activo incidiría entonces en la construcción de ciudadanía que a su vez sentaría las bases para trabajar el tema del envejecimiento desde la perspectiva de derechos. La construcción de ciudadanía implica participación, construcción de una verdadera democracia, y solución al problema de los viejos como simples “consumidores de política” transformándolos en “hacedores de política”, de tal modo que podamos avanzar hacia la verdadera política pública de atención al envejecimiento.

Referencias

1. Huenchuan, S., Políticas sobre vejez en América Latina: elementos para su análisis y tendencias generales. *Notas de Población* 2001; 78: 155-182.
2. Organización de las Naciones Unidas, Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, ONU, 1982.
3. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Seminario: La asistencia Social del Anciano en México, México, 1983.
4. Instituto Nacional de la Senectud, Acción y Proyección del Insen, México, Insen, 1982.
5. OMS-Unicef, Atención Primaria de Salud, Alma Ata, 1978.
6. Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, México, 1983.
7. Manterola, A., La asistencia jurídica en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Asistencia jurídico social a la familia, México, 1985: 265-269.
8. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2o Seminario: Asistencia Social al Anciano. La tercera edad, vida en dignidad, México, 1984.
9. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 3er Seminario de Asistencia Social al Anciano, México, 1985.
10. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, V Seminario de Asistencia Social al Anciano, El desarrollo de las potencialidades de la tercera edad, México, 1987.
11. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, VI Seminario de Asistencia Social al Anciano. Logros y Avances en la Atención del Anciano en México, México, 1988.
12. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, México, 1989.
13. Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, El combate a la pobreza: Lineamientos programáticos, *El Nacional*, México, 1991.
14. Salinas de Gortari, C., Primer informe de gobierno, México, 1989.
15. Durán, L., Financiamiento de la atención a la salud de las personas de la tercera edad, *Salud Pública México*, 1996, 38: 501-512.
16. Instituto Nacional de la Senectud, Programas de Investigación y Desarrollo Social, México, Insen, 1995: 78.
17. Subdirección de Investigación y Desarrollo Social, Programas Asistenciales y Servicios Sociales, México, 1996.
18. Instituto Nacional de Geografía y Estadística, XII Censo de Población y Vivienda, México, 2001.
19. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, México, 2002.
20. Fox Quezada, V., Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, México.
21. Secretaría de Relaciones Exteriores, Respuesta del gobierno de México sobre las medidas establecidas desde la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), México, 2005.
22. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores, México, Inapam, 2010.
23. Instituto de Geriátría, Antecedentes del Instituto de Geriátría [consultado 2011 octubre 13]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/historia.html>.
24. Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México [consultado 2011 octubre 12]. Disponible en: http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion_necesidades_y_demandas_de_las_personas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_ampliado_marzo_2008_.pdf.
25. Lasswell, H., Orientación hacia las políticas. Estudio de las Políticas Públicas, México, Porrúa, 1992: 79-103.
26. Vallés, J. M., Ciencia Política: una introducción, Barcelona: Ariel Ciencia Política, 2002.
27. Ejea, G., Teoría y Ciclo de las Políticas Públicas, México, UAM, 2006.
28. Llamas, J. C., Evaluación de las Acciones de Inapam: avances y retos, *Salud Pública México*, 2007; 49: 349-362.
29. Arendt, H., ¿Qué es la política?, Barcelona, Paidós Ibérica, 1997: 156.



Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

*Leoncio Lara Sáenz**
con la colaboración de Cecilia Mondragón Herrada
y Patricia Lira Alonso

Introducción

Desde la disciplina jurídica, el enfoque del desarrollo basado en derechos ha propiciado un tratamiento específico de grupos sociales que en el pasado fueron excluidos, propiciándose la titularidad de derechos humanos de aquellas personas cuyos derechos han sido vulnerados por las circunstancias de discriminación normalizada en que se desarrolló su participación en la sociedad, a partir de dicho tratamiento concreto se busca un trato sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos”.¹

En este sentido, la transición demográfica, que se traduce en el proceso de envejecimiento de la población, ha abierto nuevas posibilidades para este enfoque. Por un lado, alienta a conciliar las necesidades e intereses de todos los grupos de la sociedad para avanzar hacia una plena integración social, donde cada persona, independientemente de su edad, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar; por otra parte, irrumpe y se consolida un nuevo sujeto social que reclama un tratamiento particular en razón de su edad e introduce nuevas vindicaciones para expandir, especificar y profundizar los derechos humanos.¹

A partir de este enfoque es que se ha tratado de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales. Desde esta perspectiva, se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y

programas aplicables a nivel nacional, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades, que deben ser asistidas, sino sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad.

De esta manera, se busca que tanto las acciones públicas, como las instituciones encargadas de la atención de personas mayores, se basen de manera explícita en las normas internacionales sobre derechos humanos, puesto que están protegidas por los instrumentos vinculantes de derechos humanos, a saber: Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo adicional en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador), entre otros.

En consecuencia, la titularidad de los derechos tiene como referente normativo los acuerdos y normas internacionales sobre derechos humanos; es en el ámbito nacional en donde se deben instrumentar los mecanismos necesarios para la eficaz aplicación de la trama normativa. En este sentido, la Constitución de cada país es la que establece la jerarquía de dichos tratados dentro del ordenamiento jurídico interno. En el caso mexicano esta jerarquía ha estado contenida en el artículo 133 y a partir de la reforma de 10 de junio de 2011, también ha de considerarse el artículo 1, que incorpora los tratados internacionales en materia de derechos humanos a nuestro sistema jurídico.²

** Doctor en Derecho. Defensor de los Derechos Universitarios e investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.*

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

Es cierto que todos los derechos y garantías reconocidos en los textos constitucionales son aplicables a todas las personas en general; sin embargo, se ha reconocido la necesidad de garantizar los derechos de sujetos que se encuentran en una situación concreta dado el grado de vulnerabilidad.

En las personas mayores, existen casos en que los derechos de este grupo social se reconocen taxativamente, lo que es trascendental, puesto que la Constitución —en tanto norma legal— es la expresión suprema de todo el ordenamiento jurídico, social, económico, político, civil y cultural de un país.

En México, la atención que se ha dado al envejecimiento ha sido muy escasa y orientada básicamente sea a la seguridad o a la asistencia social, por un lado asociado con el cese de actividad laboral a través de la jubilación y por el otro de forma auxiliar para la asistencia de personas desprotegidas.³

Sin intención de profundizar en el tema, es necesario atender a la transformación de los conceptos a partir de los cuales se hace referencia a las personas de edad avanzada, en cuyo proceso se han dejado atrás términos como el de senectud que es decir la del juicio y la opinión, el buen sentimiento y la sensatez y que se identificaba por consecuencia a una persona de gran valía por su experiencia y criterio bien formado,⁴ para derivar en términos cuya atención se centra más en las condiciones económicas de los individuos por cuanto a su etapa productiva y el cese de ésta, asimilándose ésta a la vejez con una etapa improductiva e incluso hasta carente de proyectos, cuando en realidad suele suceder que, dependiendo de las condiciones socioeconómicas de cada individuo, resulta ser una etapa en la cual el cúmulo de experiencia resulta ser de gran utilidad para la sociedad que ha comenzado a relegarlo.⁵

I. Asambleas y conferencias internacionales

En este sentido, las corrientes actuales replantean la forma en que social y jurídicamente se ha abordado el tema desde la perspectiva de los derechos humanos —en donde la vejez ha dejado de verse como una etapa improductiva y carente de proyectos para los individuos y, por el contrario, se rescata la idea de plenitud y el jubileo de llegar a una edad avanzada con la posibilidad para los individuos de participar socialmente a partir de la experiencia de vida acumulada—, la cual podemos observar actualmente en las directrices y principios de los organismos internacionales.⁶

La Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, 1982, adoptó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, documento que reúne un conjunto de sesenta medidas en materias de carácter sociosanitario relacionadas con la vejez.

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se celebró en Madrid, 2002; en esta conferencia se acordó el II Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, que otorgó un mandato a las Comisiones Regionales con el objeto de trasladar dicho Plan a programas de acción regionales.

El II Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento⁷ se refiere, por primera vez, al maltrato ejercido contra el adulto mayor. En él se señala que el proceso de envejecimiento entraña la reducción de la capacidad de recuperarse, razón por la que las personas de edad que han sido víctimas de malos tratos pueden no llegar a recobrar nunca totalmente, sea física como emocionalmente, de la experiencia sufrida. Se agrega, además, que el efecto de la experiencia traumática puede verse agravado por el hecho de que la vergüenza y el miedo producen una renuencia a pedir ayuda. Se señala que las comunidades deben trabajar unidas para prevenir los malos tratos, el fraude al consumidor y los delitos contra las personas de edad. En este sentido, se afirma que es necesario que los profesionales reconozcan los riesgos de abandono, maltrato o violencia que pueden presentar los encargados de atender a las personas de edad en el hogar o en contextos comunitarios o institucionales.

Entre las medidas para la eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia contra las personas de edad, este Plan establece lo siguiente:

- a. Sensibilizar a los profesionales y educar al público en general, valiéndose de los medios de difusión y campañas de concienciación sobre los abusos contra las personas de edad y sus diversas características y causas.
- b. Abolir los ritos de viudez que atentan contra la salud y el bienestar de las mujeres.
- c. Promulgar leyes y establecer medidas legales para eliminar los abusos contra las personas de edad.
- d. Eliminar las prácticas nocivas tradicionales que afectan a las personas de edad.
- e. Promover la cooperación entre el gobierno y la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, para hacer frente al maltrato de

- las personas de edad, desarrollando, entre otras cosas, iniciativas comunitarias.
- f. Reducir al mínimo los riesgos que entrañan para las mujeres de edad todas las formas de abandono, maltrato y violencia, creando en el público mayor conciencia de esos fenómenos, y protegiéndolas de ellos, especialmente en situaciones de emergencia.
 - g. Alentar a que se sigan investigando más ampliamente las causas, naturaleza, magnitud, gravedad y consecuencias de todas las formas de violencia contra las mujeres y los hombres de edad, y dar amplia difusión a las conclusiones de las investigaciones y estudios.
 - c. Alentar a los profesionales de la salud y de servicios sociales a que informen a las personas de edad que puedan haber recibido malos tratos, sobre la protección y apoyo de que disponen.
 - d. Incluir en la capacitación de las profesiones asistenciales la forma de encarar los casos de maltrato a las personas de edad.
 - e. Establecer programas de información para prevenir a las personas de edad del fraude contra los consumidores.

Asimismo, el Plan prevé la creación de servicios de apoyo para atender a los casos de abuso y maltrato. En este sentido, se señalan las siguientes medidas:

- a. Establecer servicios para las víctimas de malos tratos y procedimientos de rehabilitación para quienes los cometen.
- b. Alentar a los profesionales de la salud y de servicios sociales y al público en general a que informen sobre los casos en que se sospeche la existencia de malos tratos a personas de edad.

Al respecto, se han celebrado sendas reuniones: la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento (2003), Santiago de Chile, en donde se adopta una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid y la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe (2007), de la que emana la Declaración de Brasilia.

En tanto que en el ámbito europeo, a reserva de estudiarlo más adelante, el Consejo de Europa, adopta la Carta Social Europea de 1961 y el Protocolo Adicional de 1988, que incluye un artículo referido específicamente a la protección de los adultos mayores.

Para visión panorámica de este tema (Cuadro 1).

| Cuadro 1. Asambleas y conferencias | |
|---|--------|
| Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. | (1982) |
| Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo. Plan de acción sobre Población y Desarrollo. | (1994) |
| Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, Plataforma de acción. | (1995) |
| Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, II Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. | (2002) |
| Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile. | (2003) |
| Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, Brasilia, Brasil. | (2007) |

II. Sistemas de Protección de los Derechos Humanos

El desarrollo histórico del derecho internacional relacionado con el establecimiento de los medios tendientes a garantizar el cumplimiento y realización efectiva de los derechos humanos ha hecho necesaria: la previsión jurídica de organismos, instituciones y órganos de carácter internacional; los mecanismos y procedimientos que coadyuvan no sólo a la promoción sino también a la protección de los derechos humanos, tanto a nivel mundial como regional.⁸

Se ha consolidado de esta forma el derecho internacional de los derechos humanos, el cual cada día a día cobra mayor importancia y se fortalece generando al mismo tiempo un fenómeno a nivel nacional.

De tal forma, se ha propiciado el cambio de paradigmas y modificaciones a las reglas tradicionales del derecho internacional; los tratados de derechos humanos no bajo el esquema contractual basado en las relaciones entre Estados y que únicamente otorgan derechos y obligaciones a los contratantes, sino como un orden jurídico al que deben sujetarse los Estados y que establece derechos en beneficio de los individuos que se encuentran bajo su jurisdicción.

Siendo los derechos humanos aquellas condiciones de vida sin las cuales en cualquier fase histórica dada de una sociedad, las personas no pueden dar de sí lo mejor que hay de ellas como miembros activos de la comunidad, porque se ven privadas de los medios para realizarse plenamente como seres humanos, la importancia de su consolidación en las cartas constitucionales es innegable, máxime cuando son el resultado de luchas o revoluciones que, en diferentes momentos de la historia de la humanidad, han rasgado el velo de normalidad y naturalidad que ocultaba una opresión o discriminación.⁹

En este sentido se habla de prerrogativas específicas atendiendo a la visibilización de circunstancias que anulan el goce de los derechos humanos de determinados sectores de la población.

A partir de la segunda posguerra, debido a la negativa experiencia que dejaron los gobiernos totalitarios, surgió un fuerte movimiento para llevar al ámbito del

derecho internacional la tutela de los propios derechos humanos.⁸ evidenciándose cada vez más la necesidad de contar con estándares internacionales que estableciera órganos de supervisión y control de los derechos ya reconocidos en diversos instrumentos internacionales y previstos en diversas constituciones nacionales.

Así, a través de estos sistemas se observa el establecimiento de los medios tendientes a garantizar el cumplimiento y realización efectiva de los derechos humanos, haciéndose necesaria la previsión jurídica de organismos, instituciones y órganos de carácter internacional; mecanismos y procedimientos que coadyuvan no sólo a la promoción sino también a la protección de los derechos humanos, tanto a nivel mundial como regional; consolidación del *derecho internacional de los derechos humanos*, la cual cada día cobra mayor importancia y se fortalece generando al mismo tiempo un fenómeno nacional; se ha propiciado el cambio de paradigmas y modificaciones a las reglas tradicionales del derecho internacional; en este sentido, los tratados de derechos humanos se observan no bajo el esquema contractual basado en las relaciones entre Estados y que únicamente otorgan derechos y obligaciones a los contratantes, sino como un orden jurídico al que deben sujetarse los Estados y que establece *derechos en beneficio de los individuos que se encuentran bajo su jurisdicción*.

De acuerdo con el sistema adoptado se establecen los informes periódicos,¹⁰ de peticiones¹¹ y un sistema judicial que conozca en el ámbito internacional de la violación de derechos humanos.¹²

La internacionalización de los derechos humanos ha implicado la interacción del derecho internacional, el derecho constitucional y el derecho procesal, buscando un fenómeno de integración en la protección de los derechos humanos, se han establecido un sistema universal y tres sistemas regionales: europeo; interamericano y africano,¹³ en cada uno de los cuales encontramos instrumentos internacionales que van marcando las pautas sobre derechos humanos específicos, en este caso, en relación al envejecimiento de las personas y su protección durante esta etapa de la vida (Cuadro 2).

Cuadro 2. Sistemas de protección de los derechos humanos.



En este sentido, tanto el sistema universal como los sistemas regionales para la protección de los derechos humanos tienen un número importante de instrumentos jurídicos que pueden usarse para proteger los derechos y las libertades de las personas mayores.

Los que han surgido de convenciones o tratados tienen obligatoriedad legal para los Estados que las han ratificado.¹⁴ En tanto, las declaraciones o “estándares” de derechos humanos internacionales no son legalmente vinculantes, sin embargo, son una interpretación autorizada de los requerimientos de las convenciones internacionales y representan un consenso de la opinión internacional.¹⁵

2.1 Sistema Universal¹⁶

El Sistema Universal surge con la Carta de Naciones Unidas en 1945, en cuyo preámbulo se reafirma la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de naciones grandes y pequeñas, siendo una consecuencia de esto la redacción de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948, por la entonces Comisión de Derechos Humanos, el primer paso en la referida internacionalización al establecer un catálogo de prerrogativas para la humanidad.¹⁷

En este contexto observamos diversos documentos que señalan la necesidad de protección de la vejez de forma especial, a continuación un recuento cronológico de los mismos a efecto de evidenciar la permanente

preocupación y la evolución que ha tenido el tema en el ámbito internacional.

Desde la Carta de las Naciones Unidas (1945), se alienta en su artículo 55 a los Estados miembros de la Organización de Naciones Unidas a promover estándares de vida más elevados para todas las personas, el progreso económico y social, la cooperación internacional en asuntos sociales incluyendo la salud y la educación, y el respeto universal por los derechos humanos independientemente de la procedencia y las características de cada uno.

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) determina que todas las personas tienen derecho a la vida, libertad y seguridad, además del derecho a la seguridad social y a la realización de todos los derechos económicos, sociales y culturales esenciales para el desarrollo de la personalidad y de la dignidad individual. Todas las personas deben tener la oportunidad de participar en actividades culturales en su comunidad y compartir los beneficios de las artes y las ciencias. Finalmente, todas las personas tienen derecho a un nivel de vida adecuado a su salud y bienestar, lo que incluye alimentación, vestido, vivienda y atención médica, así como cualquier tipo de servicios sociales proporcionados por los gobiernos de las naciones-estado. Especialmente importante para las personas mayores es el hecho de que, en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez o edad avanzada en circunstancias ajenas a su voluntad, todas las personas tienen derecho a la seguridad (artículos 3, 22, 25, 27).

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951) establece que los Estados han de tratar a los refugiados legalmente acogidos en su territorio con el mismo respeto hacia sus derechos que a sus propios ciudadanos, incluyendo seguridad social para los refugiados en caso de enfermedad, discapacidad o *edad avanzada*. Puesto que los refugiados de edad avanzada pueden enfrentarse a problemas muy específicos con respecto a los demás refugiados, este artículo es particularmente aplicable a ellos y sus derechos legales (artículo 24).

De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), los pueblos tienen el derecho de libre determinación, derecho que les garantiza la libertad de proveer su desarrollo cultural, social y económico, asegurando el derecho inherente de cada ser humano a la vida, el cual debe estar protegido por la Ley, en este mismo sentido, el Pacto establece que nadie puede ser privado arbitrariamente de la vida y estipula que ningún ser humano “será sujeto a tortura o a un trato o pena cruel, inhumano o degradante”, especialmente a experimentación médica o científica sin su libre consentimiento, debiéndose garantizar el derecho a la libertad y seguridad, en el caso de las personas privadas de la libertad “serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente del ser humano” y se establece la protección a los individuos de la discriminación, porque todas las personas son iguales ante la ley y no se deberá discriminar en su contra por ningún motivo (artículos 1, 6, 7, 9, 10 y 26).

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) reitera el derecho de todas las personas a la seguridad social, adicionalmente, todas las personas tienen derecho a un estándar de vida adecuado, lo que incluye alimentación, vestido y vivienda.

Más aún, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha emitido diversas Observaciones Generales¹⁸ en las que atiende el tema del envejecimiento.

La primera de ellas es la Observación General N° 6, relativa a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores (1995),¹⁹ es considerada como uno de los estándares más importantes para el tema de los derechos humanos y libertades de las personas mayores. En este documento se reconoce que la mayoría de los Estados Partes en el Pacto, en particular los países desarrollados, tienen que enfrentarse con la tarea de adaptar sus políticas sociales y económicas

al envejecimiento de sus poblaciones, especialmente en el ámbito de la seguridad social. Dicho documento representa un paso en la protección de los derechos de las personas mayores a nivel internacional, en él se examina el rol de las personas mayores y el rol debilitante de la familia tradicional en los países en desarrollo, además, señala derechos específicos como el derecho al empleo, a la seguridad social, a la protección de la familia, a un estándar de vida adecuado, a salud física y mental y a la educación y la cultura.

Observación General 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000),²⁰ contenido en el artículo 12 del Pacto. En esta Observación el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales analiza el contenido, ámbito y obligaciones de los Estados Partes que se derivan del mencionado precepto y establece que este derecho está íntimamente relacionado y depende del ejercicio de otros derechos humanos como la vida, la no discriminación, la igualdad, la libertad de trato inhumano o degradante, el derecho a la asociación, la asamblea y la movilización, a la alimentación, la vivienda, el empleo y la educación. Se refiere a las personas mayores como un grupo cuya vulnerabilidad requiere programas especiales, de costo relativamente bajo que ofrezcan acceso a centros de salud, bienes y servicios sin discriminación.

La última Observación General en este tema es la N° 19, sobre el derecho a la seguridad social (2007).²¹ En ella se reafirma la existencia de una revolución silenciosa que está afectando y afectará todavía más en el futuro, a las estructuras económicas y sociales de la sociedad a escala mundial y en el ámbito interno de los países, siendo imperativo adaptar las políticas sociales y económicas al envejecimiento de las poblaciones, especialmente en el ámbito de la seguridad social.

El Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, ya referido, es el resultado de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1982), esta reunión finalmente coloca al tema del envejecimiento como un tema concreto al que hay que atender de la misma forma, se identifican como esferas de preocupación que deben ser atendidas a través de una serie de recomendaciones a las siguientes: salud y nutrición; protección de los consumidores ancianos; vivienda y medio ambiente; familia; bienestar social; seguridad de ingreso y empleo y educación.

A partir de las reuniones internacionales en el tema se recogen los esfuerzos realizados en la materia, con la participación de organismos especializados y se redactan los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad (1991).²² En ellos se alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad en sus programas nacionales, además, se reconoce la gran diversidad de las situaciones de las personas de edad, no sólo entre los distintos países, sino también dentro de cada país y entre las personas mismas, haciendo énfasis en la necesidad de plantear respuestas políticas del mismo calado. De tal forma, se exhorta a los gobiernos a incorporar estos principios en sus programas nacionales en lo posible. Dada la importancia que guardan se abordará su contenido en un apartado especial.

El desarrollo en el tema hace posible la realización del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), derivado de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento; como se ha dejado anotado en el apartado anterior, su objetivo consiste en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Reconociendo que los cimientos de una ancianidad sana y enriquecedora se ponen en una etapa temprana de la vida.

En este sentido, el Plan se constituye en un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones. Se reconocen las características comunes del envejecimiento y los problemas que presenta y se formulan recomendaciones concretas adaptables a las muy diversas circunstancias de cada país.

Dicho Plan toma en cuenta las etapas diferentes del desarrollo y las transiciones que están teniendo lugar en diversas regiones, así como la interdependencia de todos los países. Es de hacer notar que en el Plan se señala la necesidad de formular políticas sobre la situación de las mujeres de edad, la cual debería ser una prioridad en todas partes. En este sentido, hace énfasis en el reconocimiento de los efectos diferenciales del envejecimiento en las mujeres y los hombres, lo cual es esencial para lograr la plena igualdad entre mujeres y

hombres y para formular medidas eficaces y eficientes para hacer frente al problema.

Dado que la instrumentación de este Plan se ha establecido por regiones, es importante señalar que como preparación de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, tuvo lugar en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia), una Conferencia Regional en la que representantes de 20 países analizaron a nivel regional el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002.

Con base en una propuesta surgida en esta reunión, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) creó un Grupo de trabajo Interagencial sobre el Envejecimiento con representantes de la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Programa de Envejecimiento de las Naciones Unidas, con el apoyo de la División de Población de las Naciones Unidas y la Secretaría de la Cooperación Iberoamericana.

Este grupo fue el encargado de organizar el proceso de seguimiento de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe, que culminó en noviembre de 2003 con la *Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento*, en Santiago de Chile, cuya meta general es la protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo. Se ha desarrollado ya la *Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe* (2007), de la que emanó la Declaración de Brasilia en la cual se reafirmaron los objetivos a seguir, cabe señalar que México forma parte de estos trabajos por lo que ha realizado compromisos en la materia en el marco de los instrumentos internacionales señalados.²³

Es preciso comentar que al lado de los esfuerzos realizados de manera concreta en la materia, los organismos especializados de las Naciones Unidas han atendido también al envejecimiento dada la estrecha vinculación con sus actividades; en este sentido, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) también han prestado su atención al problema del envejecimiento, en sus respectivas esferas de acción.

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

La OIT ha emitido una serie de recomendaciones atendiendo al tema del envejecimiento: Recomendación 122 (1964) se refiere a la política del empleo de ciertos grupos vulnerables, incluyendo los ancianos; Recomendación 162 (1980) centra su atención en los trabajadores de edad, esta Recomendación determina que los trabajadores de más edad deben disfrutar de las mismas oportunidades y tratamiento que otros trabajadores sin discriminación de edad, lo que incluye el derecho a la vivienda, servicios sociales e instituciones sanitarias, particularmente cuando este acceso está relacionado con su actividad ocupacional o empleo (sección II, párrafo 5 (g)). Las Convenciones 142 y 156 establecen la orientación y la formación profesional sin discriminación por motivos de edad, así como la no discriminación de trabajadores con responsabilidades respecto al cuidado de ancianos y de trabajadores ancianos que comenzaron a trabajar tarde en sus vidas debido a responsabilidades familiares, respectivamente.²⁴

La acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el tema ha sido orientada por el Departamento de Prevención de las Enfermedades no Transmisibles y de Promoción de la Salud, el cual se ha dado a la tarea de promover los proyectos y actividades relacionados con el envejecimiento y las personas mayores dentro de su Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. El objetivo que propone la OMS a la comunidad internacional para enfrentarse con optimismo a la realidad de unas sociedades que envejecen rápidamente es la promoción del envejecimiento activo y saludable para dar una mayor calidad y esperanza de vida a edades avanzadas.

Aunado a lo anterior existen documentos que si bien están dedicados a otras temáticas dentro de los derechos humanos, es de referencia obligada el tema del envejecimiento dado el reconocimiento de las circunstancias de vulnerabilidad que se conjugan.

De los trabajos realizados en materia de envejecimiento se ha reconocido la feminización del mismo, los diversos instrumentos relacionados con la protección de los derechos humanos de las mujeres han hecho especial referencia al tema del envejecimiento.

Si bien la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) se centra en la “discriminación contra la mujer”, los trabajos posteriores en el tema han llamado la atención sobre la edad como factor que agrava tal discriminación. De esta forma, los planes de acción

de conferencias mundiales que constituyen una base política en el ámbito internacional²⁵ han tratado el tema del envejecimiento tanto en el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), así como en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995).

El *Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* exhortó a los gobiernos a que establezcan sistemas de seguridad social que aseguren una mayor equidad y solidaridad entre las generaciones y en el interior de una misma generación y que presten apoyo a las personas de edad mediante la promoción de las familias multigeneracionales, propiciando el aumento de la capacidad de las personas de edad para valerse por sí mismas, de manera que puedan llevar una vida saludable y productiva y hacer uso cabal de las aptitudes y facultades que hubieran adquirido a lo largo de su vida en beneficio de la sociedad. Por otro lado, insta a los gobiernos a fortalecer los sistemas de apoyo y de seguridad para las personas de edad, tanto oficiales como no oficiales, y eliminar todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad.

Por su parte, la *Plataforma de Acción de Beijing* (1995) reconoce que las mujeres hacen frente a barreras que dificultan su plena igualdad y su progreso, entre otros factores por la edad muchas mujeres se enfrentan con obstáculos específicos relacionados con su situación familiar, particularmente en familias monoparentales, y con su situación socioeconómica, incluyendo sus condiciones de vida en zonas rurales, aisladas o empobrecidas, siendo mayor el riesgo de caer en la pobreza para las mujeres que para los hombres, especialmente en la vejez, dado que los sistemas de seguridad social se basan en el principio de empleo remunerado continuo. En este sentido, las mujeres no satisfacen los requisitos que establecen estos sistemas debido a las interrupciones en su trabajo provocadas por la desigual distribución del trabajo remunerado y no remunerado. Además, las mujeres de más edad deben hacer frente a mayores obstáculos para volver a incorporarse en el mercado de trabajo.

Aunado a lo anterior, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha emitido una Recomendación específica, la número 27, en la cual se reconoce la heterogeneidad del sector femenino

en proceso de envejecimiento, por lo cual plantea una serie de propuestas, entre las que destaca el apoyo para la reforma jurídica y la formulación de políticas, instando a los Estados partes a que recopilen, analicen y difundan datos desglosados por edad y sexo, a fin de disponer de información sobre la situación de las mujeres de edad, particularmente las del medio rural, las que viven en zonas de conflicto, las que pertenecen a grupos minoritarios y las afectadas por discapacidad.

2.2 Sistemas regionales

La coexistencia de sistemas regionales y universales de protección de los derechos humanos ha originado el estudio de la cuestión del universalismo y regionalismo.²⁶ Por ello a continuación se da un repaso por estos sistemas en relación al tema del envejecimiento.

a) Europeo²⁷

El sistema europeo, ha sido el sistema regional de protección de los derechos humanos que más avances ha tenido en la materia.²⁸

En el tema de envejecimiento, desde la *Carta Social Europea (1961)*,²⁹ se han reconocido y protegido derechos a un sistema de seguridad social, a la atención médica, así como ciñó a los Estados europeos a erradicar, en la medida en que lo permita la ciencia, las fuentes y las condiciones de las enfermedades, así como a prevenir el contagio de las mismas, derechos que son aplicables a las situaciones de muchas personas mayores (artículos 11, 12, 13, 14).

Precisamente a partir de esta Convención la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa emitió diversas Recomendaciones para promover la protección y el respeto de derechos de las personas mayores.

En la *Recomendación R (87) 22 sobre la protección y supervisión de las personas mayores (1987)*, se reconoce que las personas mayores deben ser protegidas y supervisadas para prolongar una vida de alta calidad, “mejorar el bienestar subjetivo”, asegurar la capacidad de las personas mayores para cumplir una función social, y prevenir y atenuar el impacto de las enfermedades. Por su parte, la *Recomendación R (94) 9 para la cohesión social y calidad de vida (1994)* se sustenta en la preocupación por el número cada vez mayor de personas mayores en Europa y su tendencia a la exclusión social, especialmente en lo que respecta a mujeres mayores, debido al hecho de que ellas normalmente sobreviven a los hombres varios

años, se trata de una Recomendación cuya característica es la de ser en extremo corta, no obstante proporciona principios guía para los Estados miembros, de forma que puedan seguirlos al desarrollar políticas referidas al bienestar de las personas mayores. *Recomendación 1254 sobre los derechos médicos y de bienestar de las personas mayores: ética y políticas (1994)* esta recomendación fue redactada debido a la preocupación por el hecho de que la ordenación y los sistemas tradicionales de bienestar social corren el riesgo de ser desmantelados debido a las consideraciones financieras de los grupos de presión sobre los gobiernos: científicos, médicos y económicos. La recomendación sugiere que los Estados de esta parte de Europa deben garantizar unos ingresos mínimos que permitan obtener seguridad a las personas mayores e insta a los gobiernos a tomar medidas específicas para afrontar la problemática. Aunado a lo anterior, la *Recomendación 1428 sobre el futuro de los ciudadanos mayores: protección, participación y promoción (1999)*, desarrollada después del año internacional de las personas mayores, promueve también la investigación acerca de la tercera edad a nivel nacional, de forma que los programas puedan ser adaptados a los problemas particulares de las personas mayores en determinadas áreas geográficas; además, anima a los Estados y gobiernos locales a desarrollar nuevas medidas para la protección, la creciente participación de la sociedad y la creación de una imagen más positiva de los mayores.

En el mismo sentido, el Protocolo adicional a la *Carta Europea Social (1988)* incluye el “Derecho a protección social de las personas ancianas”, con el fin de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a protección social de las personas ancianas, por lo cual se establecen medidas encaminadas a que tanto los Estados, como las organizaciones públicas o privadas hagan lo suficiente para permitir a las personas ancianas seguir siendo, durante el mayor tiempo posible, miembros de pleno derecho de la sociedad mediante (artículo 4).

Por su lado, la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, establece la prohibición de discriminación, entre otros motivos, por razón de edad, reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente, participar en la vida social y cultural; y el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección entre otros casos, en la vejez (artículos 21, 25 y 34).

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

b) Interamericano³⁰

Diversos son los documentos que promueven la protección del envejecimiento; al igual que en los apartados anteriores se hace un recuento de ellos, haciendo énfasis en aquellos de orden vinculatorio.

Sin duda el primero de ellos es la propia *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* (1948); en esta declaración se establece que todas las personas tienen el derecho a mantener un nivel de salud de acuerdo con los recursos de su comunidad o estado. Además, en caso de edad avanzada, una persona tiene derecho a la seguridad social para mantener un nivel de vida adecuado (artículos 11, 16).

Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica (1978);³¹ esta convención establece que todo el mundo tiene derecho a un tratamiento humanitario, lo cual es importante en la medida en que las personas mayores son a menudo víctimas del abandono y el abuso (artículos 5, 6 y 16).

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los derechos humanos en el área de los derechos económicos, sociales y culturales el *Protocolo de San Salvador* (1988) es el único instrumento internacional vinculante de derechos humanos que se refiere específicamente a la protección de las personas mayores como un derecho humano.

El artículo 17 del Protocolo de San Salvador establece la Protección de los Ancianos, señalando que toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad; en este sentido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a: proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas; ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; así como estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

En este sentido, se asegura que la integridad física, mental y moral de la persona mayor será respetada y que no será sometida a un trato cruel, inhumano y degradante. Cabe señalar además que el artículo 10

garantiza que todo ser humano debe gozar del derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, por lo cual los Estados deben comprometerse a reconocer la salud como un bien público, a prevenir más abusos y a promover la educación sobre los problemas de salud.

Respecto de la discriminación, el propio Protocolo establece en su artículo 3 el derecho a la no discriminación, además de que el artículo 18 reconoce a las personas con discapacidades físicas y mentales, incluyendo a las personas mayores, como grupos vulnerables que tienen derecho a atención médica especial y rehabilitación.

Otros instrumentos que tienen que ver con el tema del envejecimiento y que son parte del sistema de protección de derechos en la región son los siguientes: *Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad* (1999), un instrumento efectivo para proteger los derechos humanos de personas mayores con discapacidad, especialmente aquellas que viven en centros de cuidado a largo plazo. *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)* (1994); el fundamento de este documento es que la eliminación de la violencia contra la mujer es esencial para su desarrollo individual y social. El artículo 4 establece que todas las mujeres, incluyendo las mujeres mayores, tienen derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y libertades contenidos en los instrumentos de derechos humanos internacionales y regionales. *Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura* (1985); de acuerdo con este instrumento todos los actos de tortura y cualquier trato o pena cruel, inhumano y degradante contra personas mayores violan la dignidad del individuo, así como los derechos humanos y libertades fundamentales establecidas en los instrumentos de derechos humanos internacionales y regionales.

c) Africano³²

Por su parte, la *Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos* (1981), fue la primera carta de la Unión Africana referida a los derechos humanos y reconoce el derecho básico y específico de las personas mayores y/o discapacitadas a medidas especiales de protección y seguridad de acuerdo con sus necesidades físicas y morales (artículo 18) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Protección de los derechos de los adultos mayores en los sistemas de protección de los derechos humanos

| SISTEMA UNIVERSAL (NACIONES UNIDAS) | | | SISTEMAS REGIONALES | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|---|--|
| | | | EUROPEO | | INTERAMERICANO | AFRICANO | | |
| Carta de las Naciones Unidas (1945), artículo 55 | | | Carta Europea Social (1961), artículos 11, 12, 13, 14 Protocolo adicional a la Carta Europea Social (1998) parte II, artículo 4 | | | | Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), artículos 11, 16. Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985). | Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (1981), artículo 18 |
| Declaración Universal de Derechos Humanos, (1948), artículos 3, 22, 25, 27 | | | Recomendación R(87)22 sobre la protección y supervisión de las personas mayores (1987). | Recomendación R (94) 9 para la cohesión social y calidad de vida (1994). | Recomendación 1254 sobre los derechos médicos y de bienestar de las personas mayores: ética y políticas (1994). | Recomendación 1428 sobre el futuro de los ciudadanos mayores: protección, participación y promoción (1999). | Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica (1969), artículos 5, 6 y 16. Protocolo de San Salvador (1988), artículos 9, 10, 11, 12, 17, 18. | |
| Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951), artículo 24 | | | Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (2000), artículos 21, 25 y 34 | | | | Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Para" (1994). | |
| Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), artículos 1, 6, 7, 9, 10 y 26 | | | | | | | Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999). | |
| Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) artículos 9, 11, 12 | | | | | | | | |
| Observación General N° 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, relativa a los derechos económicos sociales y culturales de las personas mayores (1995). | Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000). | Observación General N° 19 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sobre el derecho a la seguridad social (2007). | | | | | | |
| Recomendación 122 se refiere a la política del empleo de ciertos grupos vulnerables (1964). Recomendación 162 sobre los trabajadores de edad (1980). Convenio 142 sobre desarrollo de los recursos humanos (1975). Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares (1981). | | | | | | | | |
| Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991). | | | | | | | | |
| Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979). Plataforma de Acción de Beijing (1995). Recomendación General 27 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (2010). | | | | | | | | |

III. Principios en Favor de las Personas de Edad

Como se ha señalado con anterioridad, en el año de 1991, se recogen los esfuerzos realizados, con la participación de organismos especializados y se redactan los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad; en ellos se alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad en sus programas nacionales.

Además, se reconoce la gran diversidad de las situaciones de las personas de edad, no sólo entre los distintos países, sino también dentro de cada país y entre las personas mismas.

Derivado de la experiencia recogida hasta entonces, se reconocen principios sin los cuales no es posible la plena realización de los derechos humanos en la etapa de los adultos mayores.

A continuación la enunciación de ellos con base en el propio texto de la ONU.

a) Independencia

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos.
3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades.
6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

b) Participación

1. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes.
2. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la

comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

3. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

c) Cuidados

1. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
2. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.
3. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
5. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

d) Autorrealización

1. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
2. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

e) Dignidad

1. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales.
2. Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Como se observa, los Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad se encuentran incorporados en el Derecho Internacional y en este sentido, nuestro país, como miembro de esta comunidad, participa de ellos, así como de los compromisos internacionales contraídos al respecto.

Más aún, como Estado parte de la *Estrategia Regional sobre Envejecimiento* (2003), derivada de la Conferencia del mismo nombre y que forma parte del proceso de seguimiento de la *Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* (Madrid, 2002), ha realizado compromisos en la materia específicos; por tanto es importante proporcionar un panorama sintético en el orden internacional y sus efectos en la legislación nacional.²³

Sobre su naturaleza, es preciso apuntar que los derechos de los ancianos se encuentran diseminados en una serie de instrumentos que de forma general se inscriben en el rubro de los llamados derechos económicos, sociales y culturales (DESC), situación que resulta relevante dado que a éstos se les ha concebido como aspiraciones programáticas más que como derechos subjetivos. En este sentido, la doctrina ha señalado la importancia de reconocerlos como derechos de inmediata aplicación, pues a pesar de estar contenidos en instrumentos que protegen los derechos económicos, sociales y culturales, su reconocimiento en instrumentos de derechos civiles y políticos (DCP) ha hecho posible su garantía efectiva aunado a la aplicación del principio de no discriminación y el derecho a la igualdad o sobre la base de la protección a “grupos vulnerables”, situación que si bien genera debate hace posible la protección conjunta de derechos civiles y políticos, así como derechos económicos sociales y culturales.³³

La legislación nacional ha introducido leyes específicas que incorporan los principios y derechos hasta ahora reconocidos para la protección de las personas adultas mayores, convirtiéndose en este sentido en parte de nuestro sistema normativo que deben ser garantizados a través de nuestros propios sistemas de protección de derechos humanos.

IV. Sistemas de Protección de los Derechos Humanos en México

En nuestro país se han ido delineando dos grandes sistemas para la protección de los derechos humanos: uno de tipo jurisdiccional, a cargo de los órganos encargados de administrar justicia a nivel federal y local,

y otro de corte recomendatorio y que se ejerce por programas o instancias de control tutelar o representativo de grupos vulnerables a proteger, en el cual se emiten recomendaciones que no son cumplimiento obligatorio para la autoridad. Su análisis se hace necesario con la reciente reforma que trastoca ambos sistemas.

4.1 Sistema jurisdiccional

Para comenzar el análisis es preciso abrir un paréntesis para comentar las importantes reformas constitucionales en materia de amparo y derechos humanos, publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 y 10 de junio, respectivamente, las cuales transforman tanto el subsistema jurisdiccional de protección de derechos humanos, como el recomendatorio.

Por un lado, se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de los artículos 94, 103, 104 y 107 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y, por otro, se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero, para quedar como “De los Derechos Humanos y sus Garantías”, así como se reforman diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

De tal forma, a través de ellas se modifica el juicio de amparo en consonancia con la reforma de derechos humanos introduciéndose en el sistema jurídico mexicano mecanismos tan importantes como la interpretación conforme,³⁴ la declaración general de inconstitucionalidad, ya no sólo a través de las controversias constitucionales y acciones de inconstitucionalidad,³⁵ sino también a través del mismo amparo bajo ciertos requisitos,³⁶ así como se reconocen a nivel constitucional todos aquellos derechos humanos contenidos en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte; de esta forma se amplía considerablemente el catálogo de protección en materia de derechos humanos pues, esté o no expresamente reconocida la garantía respectiva a nivel constitucional, los Tribunales Federales ahora están obligados a observar lo establecido en dichos instrumentos,³⁷ aunado a la obligación de toda autoridad a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, consecuentemente, el Estado está obligado a prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.³⁸

4.2 Sistema recomendatorio

Además de las transformaciones al sistema jurisdiccional de protección de derechos humanos, la reforma modifica también el sistema recomendatorio; en este sentido, se establece la formulación de recomendaciones públicas, no vinculatorias, denuncias y quejas ante las autoridades respectivas. Asimismo, todo servidor público estará obligado a responder las recomendaciones que les presenten estos organismos y, en caso de que las recomendaciones emitidas no sean aceptadas o cumplidas por las autoridades o servidores públicos, éstos deberán fundar, motivar y hacer pública su negativa; facultando además, a la Cámara de Senadores o en sus recesos la Comisión Permanente, o las legislaturas de las entidades federativas, según corresponda, para llamar, a solicitud de estos organismos, a las autoridades o servidores públicos responsables para que comparezcan ante dichos órganos legislativos, a efecto de que expliquen el motivo de su negativa.

Aunado a lo anterior, se modifica el procedimiento de elección del titular de la presidencia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, así como de los integrantes del Consejo Consultivo, y de titulares de los organismos de protección de los derechos humanos de las entidades federativas, ajustándolo a un procedimiento de consulta pública.³⁹

Como se observa, las reformas constitucionales comentadas son de la mayor trascendencia en la vida jurídica de nuestro país y corresponde a todos nosotros hacerlas efectivas para avanzar del tan comentado Estado de Derecho al Estado Constitucional de Derecho en el cual se logren mejores condiciones de vida y en consecuencia de desarrollo para todos los habitantes de nuestro país.

V. Marco jurídico nacional

Como se ha señalado, en nuestro país, el tema del envejecimiento ha sido abordado por normas orientadas sea a la seguridad o a la asistencia social, por un lado asociado con el cese de actividad laboral a través de la jubilación y por el otro de forma auxiliar para la asistencia de personas desprotegidas.

En este apartado se realiza una breve descripción de la trama normativa que tiene que ver con la vejez, partiendo precisamente de la seguridad y la asistencia social, a partir de las cuales el tema fue objeto de regulación de forma inicial, para posteriormente abordar

normas que regulan lo relativo a derechos tales como la alimentación, la familia, la educación, el trabajo, la salud en normas generales para dar paso a las normas específicas que ha sido menester incorporar a nuestro sistema jurídico a favor de condiciones humanas y materiales que dignifiquen la vida del adulto mayor.

a) Constitucional

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece una serie de garantías, además de que a través de la ya mencionada reforma constitucional, se incorporan a nuestro sistema jurídico los derechos humanos consagrados en los Tratados Internacionales en materia de derechos humanos de los cuales México sea Estado parte.

En el texto constitucional se consagran diversas *garantías* de los cuales son beneficiarios los adultos mayores, al igual que el resto de la población, no obstante dado el reconocimiento de una situación de vulneración en esta etapa de la vida es preciso destacar el mandato de no discriminación a través del cual se prohíbe toda forma de ella, entre las cuales se encuentra la motivada por la edad.

Por otro lado, el texto constitucional consagra la igualdad jurídica entre el varón y la mujer, establece la protección de la salud, así como el derecho a un medio ambiente adecuado a la vivienda digna, así como el derecho de acceso a la cultura, cabe destacar que en el texto constitucional se hace especial referencia a la protección de que goza la familia, esto, debido a que en el tema de los derechos humanos, si bien, la obligación de promoverlos, así como protegerlos y garantizarlos es obligación de la autoridad, es en el seno de la familia que se desarrolla no sólo la civilidad indispensable para su efectiva vigencia sino respetando los de cada miembro al interior de la familia lo cual, en el caso de los menores y las personas adultas mayores toma particular relevancia (artículos 1º, 4º, 26, 123).

Además, es preciso señalar, que la Constitución establece un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional, el cual debe imprimir solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.

Aunado a lo anterior, el artículo 123, entre otros derechos, sienta las bases de los sistemas de seguridad social, a través de los cuales se establecen los seguros de vejez, cesantía y de jubilación.

En este sentido, la Constitución establece dos regímenes de previsión social en los que recae casi por completo la seguridad social en México;⁴⁰ uno fundamentado en el apartado A y otro en el apartado B, el primero respecto de los obreros, jornaleros, empleados domésticos, artesanos y de una manera general, todo contrato de trabajo; el segundo, entre los Poderes de la Unión, el gobierno del Distrito Federal y sus trabajadores, a partir de sus postulados se ha establecido en nuestro país dos instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

b) Legal

Como se comentó en el apartado anterior, nuestro sistema de seguridad social descansa básicamente en dos instituciones, una dedicada a proteger a los trabajadores que laboran bajo contratos de trabajo entre particulares y el otro para la protección de los trabajadores al servicio del Estado.

Es la *Ley del Seguro Social* la que crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); de acuerdo con el postulado constitucional, la Ley del IMSS comprende los seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

Por otro lado, la seguridad social para todos los trabajadores del Estado se organiza de acuerdo con las bases mínimas contenidas en el apartado B, en este sentido, la *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE); en ella se regula lo relativo al seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez. La cesantía en edad avanzada opera cuando el asegurado quede privado de trabajos remunerados a partir de los sesenta años de edad. La cesantía en edad avanzada obliga al Instituto al otorgamiento de las prestaciones consistentes en pensión, asistencia médica, asignaciones familiares, y ayuda asistencial. El ramo de vejez otorga al asegurado las mismas prestaciones sociales que en el ramo de cesantía: pensión, asistencia médica, asignaciones familiares y ayuda asistencial.

De acuerdo con las necesidades de protección de los derechos de las personas adultas mayores, es preciso hacer un repaso por la normativa que protegen los derechos de todo individuo en cuestiones tan básicas

como lo que tiene que ver con los alimentos, entendidos en el sentido amplio, y aterrizar en las normas particulares que ha sido menester introducir en nuestro sistema jurídico para mejor protección de sus derechos.

Por otro lado, en México se encuentran vigentes diversas disposiciones que atienden a la protección de los adultos mayores; cabe mencionar que aun cuando se ha avanzado a la especialización en el tratamiento normativo, el conjunto del sistema los protege como a cualquier otro individuo, por ello la aplicación de la ley especial no excluye en lo conducente a la ley general; sin embargo ante el conflicto normativo opera la interpretación e integración de derecho en donde uno de los principios generales del derecho señala la prevalencia de la ley especial sobre la general, de ahí la importancia de atender a la teleología misma de la normativa en la materia, a continuación su revisión.

Siendo los alimentos un derecho indispensable para la continuidad de la vida y su calidad presupuesto de una vida saludable, en la edad adulta mayor las personas necesitadas de alimentos, por situaciones personales deciden no pedir ayuda a sus familiares, siendo la asistencia pública quien hace frente a dicha necesidad.

El derecho a los alimentos es de los derechos más elementales para las personas, éste entraña la posibilidad real de subsistencia de los individuos, por ello no sólo comprende los alimentos propiamente dichos sino también el vestido, la habitación y la asistencia en caso de enfermedad.

Esta obligación deriva de manera efectiva del derecho que entre personas de una misma familia se tiene de proteger la convivencia familiar y con ello la subsistencia de los miembros del grupo y que de manera originaria se cumple en el seno de ella en virtud de los lazos afectivos que unen a determinadas personas y que los obligan moralmente a velar por aquellos que necesitan ayuda o asistencia.

El compromiso que se asume en la formación de una familia es entendido y regulado por el derecho al establecer que los cónyuges están obligados entre ellos a brindarse apoyo y ayuda mutua, obligación que se extiende al resto de los miembros de la familia según grado de parentesco en forma ascendente y descendente; se trata de una cuestión de solidaridad intergeneracional sin la cual sería imposible la continuidad de la vida.

El *Código Civil Federal* regula lo relativo a los alimentos en el capítulo II, del Libro Primero, título sexto (artículos

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

301 a 323), regulación que siguen en general los códigos de cada entidad.

En dicho Código se fijan las bases bajo las cuales el que tiene derecho a recibir alimentos (acreedor alimentario) puede ejercitar acción contra la persona o personas que están obligadas ello (deudor alimentario) con el fin de que sean fijados por convenio o sentencia.

Son acreedores alimentarios y por ello pueden acceder a los tribunales en busca de la satisfacción de este derecho: los cónyuges, los concubinos; los hijos; los padres; adoptante y el adoptado, en los casos en que la tienen el padre y los hijos.

Para cada uno de los acreedores alimentarios se establece una serie de supuestos en los cuales son deudores alimentarios diversos sujetos que van desde los más cercanos en grado de parentesco hasta aquellos que dentro del cuarto grado tengan la posibilidad de darlos.

Por otro lado, a través de las distintas leyes se busca garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales consagrados en la Constitución, buscando el acceso de toda la población al desarrollo social y prohibiendo cualquier práctica discriminatoria en la prestación de los bienes y servicios contenidos en los programas para el desarrollo social; así lo establece la Ley General de Desarrollo Social (artículos 1º y 2º), en correspondencia a lo que establece el artículo 26 de la Constitución.

Precisamente sobre el mandato constitucional que prohíbe la discriminación la *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación* establece la obligación de los órganos públicos y las autoridades federales, en el ámbito de su competencia, para llevar adelante medidas positivas y compensatorias en favor de los adultos mayores, entre las que se encuentran las siguientes: garantizar el acceso a los servicios de atención médica y seguridad social, según lo dispuesto en la normatividad en la materia; procurar un nivel mínimo y decoroso de ingresos a través de programas, conforme a las reglas de operación que al efecto se establezcan: a) de apoyo financiero directo y ayudas en especie y, b) de capacitación para el trabajo y de fomento a la creación de empleos; así como la garantía, conforme a la legislación aplicable, de asesoramiento jurídico gratuito, así como la asistencia de un representante legal cuando el afectado lo requiera (artículo 12). Cabe señalar sobre este tema que la *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres*, establece que con el fin de promover la igualdad en el

acceso a los derechos sociales y el pleno disfrute de éstos, la Política Nacional debe tener como objetivos mejorar el conocimiento y la aplicación de la legislación existente en el ámbito del desarrollo social; supervisar la integración de la perspectiva de género al concebir, aplicar y evaluar las políticas y actividades públicas, privadas y sociales que impactan la cotidianidad, así como revisar permanentemente las políticas de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia de género.

En este sentido, la propia *Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* tiene por objeto coordinar los esfuerzos de los niveles de gobierno para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar el acceso de éstas a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación. Su contenido normativo resulta aplicable a la población femenina en edad adulta mayor, máxime cuando se ha reconocido que las mujeres son más longevas que los varones y se enfrentan a escenarios discriminatorios que vulneran sus derechos humanos. Al respecto, como se ha anotado con anterioridad, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha emitido la *Recomendación 27* sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos.

En razón de lo anterior, de acuerdo con el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*,⁴¹ la finalidad de la política social de la Administración es lograr el desarrollo humano y el bienestar de los mexicanos a través de la igualdad de oportunidades. En este sentido, respecto de los denominados grupos vulnerables, es obligación del Estado propiciar igualdad de oportunidades para todas las personas, especialmente los adultos mayores, que debe permitirles tanto la superación como el mejoramiento de su nivel de vida. Estas oportunidades deben incluir el acceso a servicios de salud, educación y trabajo acorde con sus necesidades. La situación de este grupo demanda acciones integrales que les permitan llevar una vida digna y con mejores posibilidades de bienestar.

El objetivo del Plan en esta materia es el de abatir la marginación y el rezago que enfrenta este grupo social vulnerable para proveerlo de igualdad de oportunidades que le permitan desarrollarse con independencia y plenitud, lo cual se debería realizar a través de la

Estrategia 17.3 del Plan que se focaliza en el apoyo a la población de 70 años y más,⁴² dando prioridad a quienes habitan en comunidades de alta marginación o que viven en condiciones de pobreza.

En este sentido, el Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012⁴³ establece en su objetivo 1 el fortalecimiento de la perspectiva de derechos humanos en la elaboración de las políticas públicas de la administración pública federal; en este sentido, la estrategia 1.7 señala la necesidad de garantizar el reconocimiento de los derechos humanos de los grupos que se encuentran en situación de discriminación o de vulnerabilidad, en la elaboración de las políticas públicas de la administración pública federal atendiendo a las siguientes líneas de acción: fortalecer los mecanismos y programas para la atención integral de las personas adultas mayores; establecer y fortalecer la accesibilidad física a la infraestructura y transporte público así como a la comunicación de las personas adultas mayores; impulsar programas para la integración laboral de personas adultas mayores, así como fortalecer los servicios de atención en salud y seguridad social para las personas adultas mayores, desde la perspectiva de género y el principio de no discriminación.

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona de acuerdo con lo que señala la Constitución en su artículo 4; en ella se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la concurrencia de los niveles de gobierno en la materia. Además, en esta Ley se fundamenta la asistencia social, entre cuyas actividades básicas se encuentran la atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos; la promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud; la prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos e inválidos sin recursos; la realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social; la promoción de la participación consciente y organizada de la población con carencias en las acciones de promoción, asistencia y desarrollo social que se lleven a cabo en su propio beneficio; así como el apoyo a la educación y capacitación para el trabajo de personas con carencias socioeconómicas (artículos 167-180).

De acuerdo con la Ley General de Salud, los integrantes del Sistema Nacional de Salud deberán dar atención preferente e inmediata a menores y ancianos sometidos a cualquier forma de maltrato que ponga en peligro su salud física y mental. Asimismo, darán esa atención a quienes hayan sido sujetos pasivos de la comisión de delitos que atenten contra la integridad física o mental o el normal desarrollo psicosomático de los individuos. En estos casos, las instituciones de salud podrán tomar las medidas inmediatas que sean necesarias para la protección de la salud de los menores y ancianos, sin perjuicio de dar intervención a las autoridades competentes (artículo 171).

Resulta importante señalar la atención en materia de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, dado que el envejecimiento implica el deterioro biológico de los individuos, siendo indispensable propiciar desde edades tempranas estilos de vida que permitan un envejecimiento activo y saludable;⁴⁴ en este sentido la Ley establece la necesidad de promoción de la participación de la comunidad en la prevención y control de las causas y factores condicionantes de la invalidez; la identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales y sociales que puedan causar invalidez; así como la promoción para adecuar facilidades urbanísticas y arquitectónicas a las necesidades de los inválidos, y la promoción de la educación y la capacitación para el trabajo, así como la promoción del empleo de las personas en proceso de rehabilitación. En este sentido las Normas Oficiales que en la materia ha emitido la Secretaría de Salud se han orientado a introducir elementos que contribuyan a hacer efectivos los derechos humanos de las personas adultas mayores.

La Ley de Asistencia Social señala como sujetos con derecho a la asistencia social a los individuos y familias que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar. Con base en lo anterior, son sujetos de la asistencia social, preferentemente: adultos mayores en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato (artículo 4, fracción V). La Ley garantiza los servicios de la asistencia social para los adultos mayores en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos.⁴⁵ Para el cumplimiento de esta labor de asistencia social se estructura un Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada.⁴⁶

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

Aunado a lo anterior, nuestro sistema jurídico, en reconocimiento a la necesidad de un trato especializado para la protección de los derechos de las personas adultas mayores, ha atendido a la situación de discriminación en razón de edad de la que es sujeto el adulto mayor en un mundo cuya dinámica le es vertiginosa, introduciendo normas para la protección de las personas adultas mayores en todas las esferas de su vida a efecto de hacer efectivo el disfrute de una vida plena al llegar a esta etapa de la vida.

En este sentido, la Ley de los Derechos de los Adultos Mayores,⁴⁷ de observancia general en nuestro país, tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, mediante la regulación de la política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores. Además establece los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deben observar para la implantación y aplicación de la política pública nacional.

La Ley es el fundamento del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), como el organismo rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores, teniendo por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en esta Ley.

Para la aplicación y seguimiento de la Ley se señala como sujetos de la misma a los siguientes, sin cuya concurrencia los objetivos que persigue la Ley no son posibles: Ejecutivo Federal, a través de sus secretarías de Estado y demás dependencias de la administración pública, así como a las entidades federativas, los municipios, los órganos desconcentrados y paraestatales, en el ámbito de sus respectivas competencias y jurisdicción; la familia de las personas adultas mayores vinculada por el parentesco y de conformidad con lo dispuesto por los ordenamientos jurídicos aplicables; así como a los ciudadanos y la sociedad civil organizada, y al propio Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

Los principios rectores se ajustan de forma general a los reconocidos en el ámbito internacional; así, tenemos a la autonomía y autorrealización, traducidas como las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores orientadas a fortalecer su

independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario; la participación, entendida como la inserción de las personas adultas mayores en todos los órdenes de la vida pública, así como a ser consultados y tomados en cuenta en los ámbitos de su interés promoviendo su presencia e intervención; la equidad, relativa al trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, fenotipo, credo, religión o cualquier otra circunstancia; la corresponsabilidad, con base en la cual se hace indispensable la concurrencia y responsabilidad compartida de los sectores público y social, en especial de las comunidades y familias, la atención preferente, como la óptica que obliga a las instituciones federales, estatales y municipales de gobierno, así como a los sectores social y privado a implementar programas acordes con las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.⁴⁸

De forma enunciativa, la Ley hace referencia a los derechos de que gozan las personas adultas mayores, éstos son: a la integridad, dignidad y preferencia, a la certeza jurídica, a la salud, la alimentación y la familia; a la educación, al trabajo, a la asistencia social, a la participación, a la denuncia popular, así como el acceso a todos los servicios, en cada uno de los cuales se ha de tomar en cuenta las particularidades de acceso para los adultos mayores y cuyo contenido normativo se delimita en la misma norma, de tal forma que su disfrute debe ser perseguido con base en los principios señalados.

Complementando el marco jurídico descrito se encuentran diversas Normas Oficiales referidas de forma necesaria para cubrir las necesidades de los adultos mayores al ser atendidos en particular por el Sistema de Salud.

c) Normas Oficiales Mexicanas

La Norma Oficial Mexicana tiene por característica la de ser una norma técnica de alta especialización; así, en el ámbito jurídico mexicano encontramos diversas disposiciones que tienen que ver con el tema de adultos mayores.

En primer término es preciso mencionar la *NOM-031-SSA3-2009*, en materia de asistencia social, prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 13 de julio de 2011, la cual deja sin efectos los numerales

que se refieren a adultos mayores en la Norma Oficial Mexicana *NOM-167-SSA1-1997*,⁴⁹ para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, publicada el 17 de noviembre de 1999 en el *Diario Oficial de la Federación*.

Resulta de particular importancia la referencia a esta *NOM* por la situación de vulnerabilidad en que las personas adultas mayores pueden llegar a encontrarse, si bien, como lo marca la legislación nacional, las responsabilidades familiares y del Estado deben coordinarse a efecto de posibilitar una vida plena en la vejez; sin embargo, se reconocen diversas esferas de preocupación, que en última instancia han de ser atendidas por los sistemas de asistencia pública.

Esta Norma tiene por objeto establecer las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado, que presten servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

De acuerdo con la propia Norma, su modificación obedece a la agudización de las condiciones de vulnerabilidad de los grupos sociales más desprotegidos, como son los adultos y adultos mayores en condiciones de soledad, abandono, discriminación, discapacidad, así como víctimas del maltrato en sus diversas expresiones. Aunado a la transición demográfica que implica el acelerado crecimiento de la población adulta y adulta mayor, por lo cual se hace evidente que la demanda de servicios asistenciales tenderá a incrementarse, lo que representará un verdadero reto para la sociedad en su conjunto y para todas aquellas instituciones de los sectores público, social y privado que brindan los servicios de asistencia social para este sector de la población. De esta forma, para dar respuesta a tal escenario es necesario estimular y fortalecer las acciones de asistencia social que realizan los integrantes del Sistema Nacional de Salud, con el fin de mejorar la calidad de la atención, procurando que la prestación de los servicios asistenciales respondan a parámetros que aseguren una operación integral más eficaz, que contribuya a brindar una atención digna a los adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Para la aplicación de esta Norma es preciso tener presentes otras cuya temática se encuentra estrechamente vinculada con la atención de las personas adultas mayores. A continuación una breve referencia de las mismas.⁵⁰

En relación con la cuestión alimentaria, la *NOM-093-SSA1-1994*, bienes y servicios. Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos, la cual establece las disposiciones sanitarias que deben cumplirse en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos con el fin de proporcionar alimentos inocuos al consumidor.

La *NOM-169-SSA1-1998*, para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo, cuyo objeto es establecer los criterios de operación de los programas de asistencia social alimentaria dirigidos a grupos de riesgo y a grupos vulnerables, de acuerdo con su numeral 4.12 b. y 5.1.1, entre los sujetos de atención están precisamente los adultos mayores, cuya vulnerabilidad aumente por condiciones socioeconómicas adversas, fenómenos de la naturaleza, situaciones extraordinarias e incapacidad.

La *NOM-043-SSA2-2005*, servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria, criterios para brindar orientación; el propósito fundamental de esta Norma es establecer los criterios generales que unifiquen y den congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población, opciones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades, se identifica a los niños desde su gestación hasta la pubertad, las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, los adultos mayores y las personas con actividad física intensa como grupos que requieren mayor atención por el riesgo de presentar alteraciones en su estado de nutrición. En este sentido, el numeral 5.12.3 señala la necesidad de promover la integración de una dieta para el adulto mayor a partir de la alimentación familiar, adecuándola a las limitaciones motrices, funcionales y sensoriales más frecuentes, por lo cual debe fraccionarse la dieta en más de tres comidas al día.

Sin duda, especial relevancia tiene la *NOM-168-SSA1-1998*, relativa al expediente clínico, en efecto, como la propia Norma lo describe, destaca por su importancia pues está dirigida a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

Esta Norma es el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo así como estadístico.

De acuerdo con la *NOM-031-SSA3-2009*, mencionada al inicio de este apartado, en los establecimientos de los sectores público, social y privado cualquiera que sea su denominación jurídica que presten servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores, debe integrarse un expediente administrativo, en el cual deberá incluirse al lado de la información personal, familiar, escolar, psicológica y social de los adultos y adultos mayores la información médica respectiva.

La *NOM-197-SSA1-2000*, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada; de acuerdo con su numeral 5.8; los proyectos arquitectónicos de los mismos deben considerar lo necesario tanto para un acceso directo, rápido y seguro al establecimiento, así como para el egreso, incluyendo lo necesario para las personas con discapacidad y adultos mayores, de acuerdo con lo que establece la *NOM-001-SSA2-1993*, lo que incluye los mecanismos de transporte y movimiento de pacientes dentro del establecimiento de manera que garantice la seguridad integral del paciente.

Precisamente en este sentido, la *NOM-001-SSA2-1993* tiene por objeto facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados en las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud y así coadyuvar su integración a la vida social, por lo cual se describen una serie de requisitos arquitectónicos.

Aunado a lo anterior, la *NOM-233-SSA1-2003* que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, se encuentran una serie de Normas Oficiales de referencia obligada dados los padecimientos asociados al envejecimiento, la *NOM-015-SSA2-1994*, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes y la *NOM-030-SSA2-1999*, que establece los lineamientos para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

VI. Entidades Federativas

El tema del envejecimiento es una materia concurrente, por lo cual las entidades federativas deben regular lo relativo en sus propias legislaturas. En este sentido se hace notar que cuentan con leyes en la materia: Aguascalientes; Baja California Sur; Campeche; Coahuila; Colima; Chiapas, Chihuahua; Distrito Federal; Durango; Guerrero; Hidalgo; Jalisco; Morelos; Nuevo León; Puebla; Querétaro; Quintana Roo, San Luis Potosí; Sonora; Tabasco; Tamaulipas; Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas. Como se observa, 23⁵¹ de las 32 entidades federativas cuentan ya con su propia ley en la materia. Por falta de espacio sólo se apunta que estas legislaciones siguen en lo general lo contemplado por la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, siendo el Distrito Federal quien destaca al contar con leyes y una política pública en la materia desde hace varios años (Cuadro 4).

Cuadro 4. Marco jurídico nacional

| Constitucional | Legal | NOM | Estatal |
|---|---|--|---|
| <p>Artículo 1°. Consagra el mandato de no discriminación.</p> <p>Artículo 4°. Consagra la igualdad jurídica entre el varón y la mujer; establece la protección de la salud, así como el derecho a un medio ambiente adecuado, a la vivienda digna, así como el derecho de acceso a la cultura.</p> <p>Artículo 26. Planeación demográfica del desarrollo nacional que imprima solidez, dinamismo, permanencia y equidad al crecimiento de la economía para la independencia y la democratización política, social y cultural de la nación.</p> <p>Artículo 123. Siembra las bases de los sistemas de seguridad social.</p> | <p>Generales:</p> <p>Ley General de Desarrollo Social (artículos 1° y 2°)</p> <p>Ley General de Salud (artículos 167-180)</p> <p>Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.</p> <p>Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.</p> | <p>NOM-001-SSA2-1993, la que incluye los mecanismos de transporte y movimiento de pacientes, dentro del establecimiento de manera que garantice la seguridad integral del paciente.</p> <p>NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.</p> <p>NOM-093-SSA1-1994, bienes y servicios. Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos.</p> <p>NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.</p> <p>NOM-169-SSA1-1998, para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.</p> <p>NOM-030-SSA2-1999, que establece los lineamientos para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.</p> <p>NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>NOM-233-SSA1-2003, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>NOM-043-SSA2-2005, servicios básicos de salud.</p> <p>Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.</p> <p>NOM-031-SSA3-2009, asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, publicada en el DOF el 13 de julio de 2011, que deja sin efectos los numerales que se refieren a adultos mayores en la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, publicada el 17 de noviembre de 1999 en el DOF.</p> | <p>Ley de la Senectud del Estado de Aguascalientes (2000)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Baja California Sur (2001)</p> <p>Ley de Protección de los Adultos Mayores para el Estado de Campeche (2005)</p> <p>Ley de las Personas Adultas Mayores del Estado de Coahuila (2005)</p> <p>Ley para la Protección de los Adultos en Plenitud del Estado de Colima (2004)</p> <p>Código de Atención a la Familia y Grupos Vulnerables para el Estado de Chiapas (2010)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de Chihuahua (2010)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (2000)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Durango (2003)</p> <p>Ley de las Personas Adultas Mayores del Estado de Guerrero (2004)</p> <p>Ley de los Derechos de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (2010)</p> <p>Ley de Desarrollo, Protección, Integración Social y Económica del Adulto Mayor (Jalisco) (2006)</p> <p>Ley de Desarrollo, Protección e Integración de las Personas Adultas Mayores para el Estado de Morelos (2010)</p> <p>Ley Estatal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Nuevo León) (2005)</p> <p>Ley de Protección a los Adultos Mayores para el Estado de Puebla (2000)</p> <p>Ley de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro (2009)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Quintana Roo (2007)</p> <p>Ley de las Personas Adultas Mayores para el Estado de San Luis Potosí (2007)</p> <p>Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora (2007)</p> <p>Ley para la Protección de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tabasco (2003)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tamaulipas (2001)</p> <p>Ley que reconoce el derecho de las personas físicas, mayores de setenta años de edad, que no tengan ingreso alguno y sin la protección de los sistemas de seguridad social del Estado o de la Federación, a recibir una pensión alimenticia del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (2005)</p> <p>Ley de Protección de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para el Estado de Zacatecas (2006)</p> |
| <p>Federales:</p> <p>Código Civil Federal (artículos 301 a 323).</p> <p>Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (artículo 12).</p> <p>Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).</p> <p>Ley del Seguro Social, a través de la cual se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).</p> <p>Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).</p> <p>Ley de Asistencia Social (artículo 4, fracción V).</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.</p> <p>Planes y Programas:</p> <p>Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Estrategia 17.3.</p> <p>Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012. Objetivo 1. Estrategia 1.</p> | <p>Planes y Programas:</p> <p>Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Estrategia 17.3.</p> <p>Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012. Objetivo 1. Estrategia 1.</p> | <p>NOM-001-SSA2-1993, la que incluye los mecanismos de transporte y movimiento de pacientes, dentro del establecimiento de manera que garantice la seguridad integral del paciente.</p> <p>NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.</p> <p>NOM-093-SSA1-1994, bienes y servicios. Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos.</p> <p>NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.</p> <p>NOM-169-SSA1-1998, para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.</p> <p>NOM-030-SSA2-1999, que establece los lineamientos para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.</p> <p>NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.</p> <p>NOM-233-SSA1-2003, que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>NOM-043-SSA2-2005, servicios básicos de salud.</p> <p>Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.</p> <p>NOM-031-SSA3-2009, asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, publicada en el DOF el 13 de julio de 2011, que deja sin efectos los numerales que se refieren a adultos mayores en la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, publicada el 17 de noviembre de 1999 en el DOF.</p> | <p>Ley de la Senectud del Estado de Aguascalientes (2000)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Baja California Sur (2001)</p> <p>Ley de Protección de los Adultos Mayores para el Estado de Campeche (2005)</p> <p>Ley de las Personas Adultas Mayores del Estado de Coahuila (2005)</p> <p>Ley para la Protección de los Adultos en Plenitud del Estado de Colima (2004)</p> <p>Código de Atención a la Familia y Grupos Vulnerables para el Estado de Chiapas (2010)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de Chihuahua (2010)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (2000)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Durango (2003)</p> <p>Ley de las Personas Adultas Mayores del Estado de Guerrero (2004)</p> <p>Ley de los Derechos de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (2010)</p> <p>Ley de Desarrollo, Protección, Integración Social y Económica del Adulto Mayor (Jalisco) (2006)</p> <p>Ley de Desarrollo, Protección e Integración de las Personas Adultas Mayores para el Estado de Morelos (2010)</p> <p>Ley Estatal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Nuevo León) (2005)</p> <p>Ley de Protección a los Adultos Mayores para el Estado de Puebla (2000)</p> <p>Ley de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro (2009)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Quintana Roo (2007)</p> <p>Ley de las Personas Adultas Mayores para el Estado de San Luis Potosí (2007)</p> <p>Ley de los Adultos Mayores del Estado de Sonora (2007)</p> <p>Ley para la Protección de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tabasco (2003)</p> <p>Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tamaulipas (2001)</p> <p>Ley que reconoce el derecho de las personas físicas, mayores de setenta años de edad, que no tengan ingreso alguno y sin la protección de los sistemas de seguridad social del Estado o de la Federación, a recibir una pensión alimenticia del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (2005)</p> <p>Ley de Protección de los Derechos de las Personas Adultas Mayores para el Estado de Zacatecas (2006)</p> |

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

Desde el año de 1997, el Gobierno del Distrito Federal ha llevado adelante una política pública en la cual integra y protege a los adultos mayores de manera particular.⁵² En principio se comenzó a otorgar apoyo consistente en despendas a través del DIF-DF y de manera paralela se realizó el análisis de la situación de los adultos mayores en el territorio de la Ciudad de México.

Como parte importante de este proceso se aprobó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal, publicada el 7 de marzo de 2000, la cual tiene por objeto proteger y reconocer los derechos de las personas de sesenta años de edad en adelante, sin distinción alguna, para propiciarles una mejor calidad de vida y su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural.

La ley establece los principios y enuncia los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal y describe el sistema, así como las acciones de gobierno

y servicios para hacer efectivo el objetivo de la Ley. Transporte, protección a la economía, descuentos, subsidios y pago de servicios.

Como parte del avance en materia de atención a los adultos mayores, en la capital mexicana se crea el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, por decreto de 29 de junio de 2007, el cual tiene como propósito tutelar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, operando su pensión alimentaria y promoviendo ante las dependencias y entidades competentes las acciones y programas que aseguren el mejoramiento y fortalecimiento de sus condiciones sociales y de salud y la elevación de su calidad de vida. Cabe destacar además, el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral que fue establecido mediante Decreto de 22 de mayo de 2006 (Cuadro 5).

Cuadro 5. Marco jurídico del Distrito Federal en materia de protección a los adultos mayores

| | |
|--|--|
| • Decreto por el que se crea la ley que establece el derecho al acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social laboral. | 22 de mayo de 2006. |
| • Decreto por el que se reforman diversas disposiciones del reglamento interior de la administración pública del Distrito Federal. | 29 de junio de 2007. |
| • Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal. | 11 de febrero de 2009. |
| • Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal. | 7 de marzo de 2000. Actualización: 5 de diciembre de 2008. |
| • Ley que establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de Sesenta y Ocho Años residentes en el Distrito Federal. | 18 de noviembre de 2003. Actualización 22 de octubre de 2008. |
| • Ley de Presupuesto y Gasto Eficiente del Distrito Federal. | 31 de diciembre de 2009. |
| • Ley del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal. | 20 de mayo de 2011. |

Como se observa, el marco jurídico nacional es amplio en materia de protección de los derechos de las personas adultas mayores; su aplicación dependerá de la eficacia con que los sujetos obligados realicen la labor que le corresponde a cada uno.

Los retos a ser afrontados por el país, la sociedad y las autoridades son, si bien concretos, enormes y se deberán referir a la formación de una política de Estado sobre el bienestar social de la senectud que implica una obligación conjunta del gobierno y de la sociedad basada en la dignificación de las personas adultas mayores, en cuanto al aprovechamiento de sus experiencias, la atención a su salud, el mantenimiento de sus capacidades productivas,

la continuidad de su educación y capacitación, la atención a sus discapacidades, el mantenimiento de una ocupación bien remunerada, la tenencia de una vivienda, y sobre todo se deberán generar fuentes de financiamiento para la creación de un sistema de seguridad social universal que sea suficiente para la continuidad digna, dentro de la libertad y de la democracia de la vida de los ancianos.

Lo anterior obliga a replantear la cultura del respeto, dignificación y ejercicio de los derechos humanos de los ancianos, reintegrándolos a la vida activa, productiva, política y democrática que les garantice una vida digna, decorosa y útil para ellos y para la sociedad.

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

Referencias

1. Naciones Unidas, Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9), Copenhague, 1995. Disponible en: <http://www.un.org/documents/ga/conf166/aconf166-9sp.htm>.
2. Véanse reformas a la Constitución publicadas el 6 y 10 de junio de 2011. *Diario Oficial de la Federación* el 6 de junio de 2011. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5193266&fecha=06/06/2011; *Diario Oficial de la Federación* el 10 de junio de 2011. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011.
3. Lara Sáenz, L., Bienestar de la Senectud, en Instituciones Sociales en el Constitucionalismo Contemporáneo, Fix Zamudio, Héctor y Valadés Diego (coords.), México, UNAM/El Colegio Nacional, 2011: 165.
4. La así llamada edad de la *Senectia*, voz latina según el Diccionario de Etimologías. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/>.
5. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce la variedad de términos para identificar a las personas de edad incluso en los documentos internacionales: personas mayores, personas de edad avanzada, personas de más edad, tercera edad, ancianos y cuarta edad para los mayores de 80 años. Al respecto ha optado por “personas mayores”, término utilizado en las resoluciones 47/5 y 8/98 de la Asamblea General (*older persons*, en inglés; *personnes âgées*, en francés), calificativos que comprenden, siguiendo las pautas de los servicios estadísticos de las Naciones Unidas, a las personas de 60 años y más. Por su parte, Eurostat, el servicio estadístico de la Unión Europea, considera personas mayores a las de 65 años y más, ya que los 65 años es la edad más común de jubilación, con tendencia a retrasarla. Observación General N° 6, aprobada durante el 13° período de sesiones en el año de 1995. Disponible en: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/482a0aced8049067c12563ed005acf9e?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/482a0aced8049067c12563ed005acf9e?OpenDocument).
6. Para la consulta de la actividad internacional en este sentido, véase la página de Naciones Unidas en el tema de Envejecimiento. Disponible en: http://www.cinu.org.mx/temas/envejecimiento/p_edad.htm.
7. Para mayor información sobre la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, consúltese la página oficial: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/cobertura/>.
8. Fix Zamudio, H. y Valencia Carmona, S., Derecho Constitucional Mexicano y Comparado, 5ª ed., México: Porrúa, 2007:519.
9. Bobbio, N., L'Etat dei Diritti, Torino, Einaudi, 1990: VII-VIII.
10. De acuerdo con la Resolución A/RES/60/251 de la Asamblea General de la ONU, este sistema ha sido adoptado por todos los tratados de derechos humanos y encuentra sustento en la obligación de los Estados partes de garantizar el goce y ejercicio de los derechos protegidos, se persigue una suerte de simbiosis entre el Estado y el órgano de control. Cumple diversas funciones: permite la revisión de la legislación en vigor para adecuarla a los compromisos asumidos; conduce a la adopción de medidas sustantivas y procesales; necesarias para hacer efectivos los derechos no reconocidos hasta entonces en el derecho interno; permite el conocimiento de la práctica ya que se debe traducir un equilibrio entre el sistema legal y la realidad.
11. Persigue un objetivo más limitado, solucionar la situación específica de uno o más afectados por lo que se considera una violación de derechos protegidos, se trata de un método cuasi judicial.
12. Dependiendo de cada sistema de protección se adoptan mecanismos que hagan posible la vigilancia y aplicación de los derechos humanos, para el Sistema Universal se puede revisar la página oficial de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/AboutUs/Pages/WhoWeAre.aspx> y la del Consejo de Derechos Humanos <http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/>.
13. La doctrina jurídica ha desarrollado el tema de los sistemas de protección desde hace tiempo, *cf.* Fix Zamudio, H., Reflexiones comparativas sobre los sistemas interamericano y europeo de protección de los derechos humanos, en Méndez-Silva, Ricardo (coord.), Derecho Internacional de los Derechos Humanos; Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008: 203; Laviña, F., Sistemas

- Internacionales de Protección de los Derechos Humanos. Buenos Aires, Depalma, 1987.
14. Un Tratado comienza a obligar internacionalmente, desde el momento en que éste se ratifica, siempre y cuando el propio Tratado no señale una fecha posterior a la ratificación para su entrada en vigor. En México de acuerdo con los artículos 89, fracción X y 76 fracción I de la Constitución la celebración de tratados internacionales es una facultad del Presidente de la República, que requiere la concurrencia de la Cámara de Senadores para su aprobación. La tradición del gobierno mexicano ha sido la firma de los tratados internacionales para la protección de derechos humanos, para una revisión de estos instrumentos véase: Pedroza de la Llave, Susana Thalia y García Huante, Omar (comps.), *Compilación de instrumentos internacionales de derechos humanos firmados y ratificados por México 1921-2003*, 2 v., México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2004; *Compilación de instrumentos internacionales de derechos humanos*, 2 v., México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2006.
 15. En la doctrina de derecho internacional se distingue entre instrumentos internacionales no vinculantes (*soft law*) y vinculantes (*hard law*). Elias, Olufemi y Lim Chin, "General principles of law, Soft law and the identification of international law" en *Netherlands Yearbook of International Law*, vol. XXVIII, 1997: 3-49.
 16. Para consulta de información sobre este sistema véase la página de los órganos de derechos humanos de Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>.
 17. Para una revisión de los instrumentos universales de los derechos humanos, puede verse la página sobre Derecho Internacional que para este efecto tiene la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en donde se encuentra la Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas como parte de este Derecho. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/index.htm>.
 18. Las Observaciones Generales son emitidas por el Comité con el objeto de prestar asistencia a los Estados Partes en el cumplimiento de sus obligaciones en materia de presentación de informes, precisamente a través de ellas el Comité trata de transmitir la experiencia adquirida al momento en el examen de esos informes en cuatro sentidos: facilitar y promover la aplicación ulterior del Pacto; señalar la atención sobre las deficiencias puestas de manifiesto por un gran número de informes; sugerir mejoras en el procedimiento de presentación de informes, así como estimular las actividades de los Estados Partes, las organizaciones internacionales y los organismos especializados interesados en lo concerniente a lograr de manera progresiva y eficaz la plena realización de los derechos reconocidos en el Pacto por tales razones las Observaciones Generales son susceptibles de revisión y actualización. Para la revisión de las Observaciones puede consultarse la página oficial del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/cescr/index.htm>.
 19. Aprobada durante el 13° periodo de sesiones en el año de 1995.
 20. Aprobada durante el 22° periodo de sesiones en el año 2000.
 21. Aprobada durante el 39° periodo de sesiones en el año de 2007.
 22. La Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas los aprobó en su Resolución A/RES/46/94, el día 16 de diciembre de 1991, durante el 46° periodo de sesiones. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/documents/ga/res/46/list46.htm#top>.
 23. Informe sobre la aplicación de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Chile, CEPAL, 2007.
 24. Los documentos de la OIT están disponibles en: <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/recdisp1.htm>.
 25. En tales documentos se establecen directrices sobre las maneras en que la comunidad internacional puede enfrentar diferentes temas.
 26. Laviña, F., *Sistemas Internacionales de Protección de los Derechos Humanos*, p. 11.
 27. El sistema europeo se basa en la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950) y sus correspondientes protocolos. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos fue establecido en 1959. *cf.* González de Pasos, Margarita, "El Convenio

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

- Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y la Carta Social Europea” en Cuadernos del Instituto de Investigaciones Jurídicas, núm. 1, enero-abril, 1986, pp. 100-117; Linde Paniagua, Enrique, La universalización de los derechos fundamentales: ¿El sistema europeo como modelo?, en Revista de Derecho de la Unión Europea, núm. 2, primer semestre de 2002: 48-67.
28. Este sistema se compuso de manera inicial por una Comisión y un Tribunal de Derechos Humanos, sin embargo, con la entrada en vigor del Protocolo Adicional N° 11 de la Convención Europea de Derechos Humanos, la Comisión y la Corte Europea se fusionaron, quedando como único órgano, el denominado Tribunal Europeo de Derechos Humanos (1998).
 29. Convención creada en el marco del Consejo de Europa, fue el primer Tratado Internacional, destinado a regular de manera específica los derechos económicos y sociales.
 30. El sistema interamericano de protección y promoción de los derechos humanos en las Américas surge con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA, en 1959 para impulsar la observancia y defensa de los derechos humanos, atiende las peticiones sobre presuntas violaciones de los derechos humanos reconocidos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos y en la Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, es una institución judicial que tiene por cometido aplicar e interpretar la Convención y la Declaración. *Cfr.* Moreno Pinto, Isamel, Orígenes y evolución del sistema interamericano, México, Secretaría de Relaciones Exteriores, 1977; Fix Zamudio, Héctor, “El sistema americano de protección de los Derechos Humanos”, Cuadernos del Instituto de Investigaciones Jurídicas, núm. 1, enero-abril 1986: 47-79; Navia, Nieto, Introducción al Sistema Interamericano de Protección a los Derechos Humanos, Colombia, editorial Temis-Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1993: 56-88; Instituto Interamericano de Estudios Jurídicos Internacionales, El sistema Interamericano, Madrid, 1966: 50-56. Para más información, véanse las páginas oficiales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos: <http://www.cidh.oas.org/default.htm> y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: <http://www.corteidh.or.cr/>.
 31. La Convención Americana sobre Derechos Humanos también conocida como Pacto de San José de Costa Rica fue suscrita como resultado de la Conferencia Especializada Interamericana de Derechos Humanos, en noviembre de 1969 en la ciudad de San José de Costa Rica y entró en vigencia el 18 de julio de 1978, nuestro país la ratificó el 2 de marzo de 1981 y realizó el depósito del instrumento de adhesión en la Secretaría General de la OEA el 24 de marzo de 1981.
 32. En 1981 se aprobó la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, que entró en vigencia en 1986. El sistema prevé una Comisión Africana de Derechos Humanos (1987) y una Corte Africana sobre los Derechos Humanos. Para más información al respecto: <http://www.ediec.org/es/areas/sistemas-regionales/sistema-africano/>.
 33. Martín, C. y Rodríguez Pinzón, D. (comps.), El estatus internacional de los derechos humanos de los ancianos. Derecho internacional de los derechos humanos, México, Fontamara, 2004: 601-639.
 34. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales sobre derechos humanos antes señalados. *Cfr.* Artículo 1, párrafo segundo. *DOF* de 10 de junio de 2011.
 35. El artículo 105, fracción II, se modifica, para ampliar los supuestos en que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos puedan accionar la acción de inconstitucionalidad, esto es: “...en contra de leyes de carácter federal, estatal y del Distrito Federal, así como de tratados internacionales celebrados por el Ejecutivo Federal y aprobados por el Senado de la República, que vulneren los derechos humanos consagrados en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que México sea parte”. De igual forma, “los organismos de protección de los derechos humanos equivalentes en los estados de la República, en contra de leyes expedidas por las legislaturas locales y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, en contra de leyes emitidas por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal”. Véase *DOF* de 10 de junio de 2011.
 36. En este sentido, la reforma establece en el artículo 107, fracción II “Las sentencias que se pronuncien en los juicios de amparo sólo se ocuparán de los

- quejosos que lo hubieren solicitado, limitándose a ampararlos y protegerlos, si procediere, en el caso especial sobre el que verse la demanda. Sin embargo, cuando en los juicios de amparo indirecto en revisión se resuelva la inconstitucionalidad de una norma general por segunda ocasión consecutiva, la Suprema Corte de Justicia de la Nación lo informará a la autoridad emisora correspondiente. Cuando los órganos del Poder Judicial de la Federación establezcan jurisprudencia por reiteración en la cual se determine la inconstitucionalidad de una norma general, la Suprema Corte de Justicia de la Nación lo notificará a la autoridad emisora. Transcurrido el plazo de 90 días naturales sin que se supere el problema de inconstitucionalidad, la Suprema Corte de Justicia de la Nación emitirá, siempre que fuere aprobada por una mayoría de cuando menos ocho votos, la declaratoria general de inconstitucionalidad, en la cual se fijarán sus alcances y condiciones en los términos de la ley reglamentaria. Lo dispuesto en los dos párrafos anteriores no será aplicable a normas generales en materia tributaria. Véase DOF del 6 de junio de 2011.
37. Así lo establece la nueva redacción del artículo 103, fracción I. “Los Tribunales de la Federación resolverán toda controversia que se suscite: I. Por normas generales, actos u omisiones de la autoridad que violen los derechos humanos reconocidos y las garantías otorgadas para su protección por esta Constitución, así como por los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte”. Véase DOF del 6 de junio de 2011.
 38. Artículo 1, párrafo tercero, DOF de 10 de junio de 2011.
 39. Artículo 102, inciso B, DOF de 10 de junio de 2011.
 40. Otras instituciones que proporcionan beneficios de la seguridad social, son los siguientes: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), Petróleos Mexicanos (Pemex), Comisión Federal de Electricidad (CFE). Pemex cuenta con un plan de pensiones independiente a los del ISSSTE, los trabajadores de la banca de desarrollo, CFE, cotizan, pero cuentan con un plan complementario al de ese Instituto. *Cfr.* La Seguridad Social en México. Panorama reciente y costo fiscal, 2000-2005, Cámara de Diputados-CESOP, 2004.
 41. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, publicado en el DOF el 31 de mayo de 2007. Disponible en: http://www.derechoshumanos.gob.mx/es/Derechos_Humanos/Programa_Nacional_de_Derechos_Humanos.
 42. La Secretaría de Desarrollo Social tiene a su cargo el Programa denominado “70 y Más”, el cual atiende a adultos mayores de 70 años o más que vivan en localidades de hasta 30 mil habitantes, sus beneficiarios reciben apoyos económicos de 500 pesos mensuales, que se paga cada dos meses, además de que participan en grupos de crecimiento y jornadas informativas sobre temas de salud y obtienen facilidades para el acceso a servicios y apoyos de instituciones como el Inapam. Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx/es/Sedesol/Programa_de_70_y_mas.
 43. El Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012 se encuentra disponible en: http://www.derechoshumanos.gob.mx/es/Derechos_Humanos/Programa_Nacional_de_Derechos_Humanos.
 44. En este sentido, el nuevo paradigma es el envejecimiento activo como una experiencia positiva para el común de la gente. *Cfr.* Envejecimiento Humano. Una visión transdisciplinaria, Instituto de Geriatria, México, 2011; Programa de Acción Específico sobre envejecimiento 2007-2012 y la actividad realizada por la Academia Nacional de Medicina, desde donde se promueve un envejecimiento saludable. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_accion_especifico_envejecimiento.pdf; <http://www.anmm.org.mx/academia/>.
 45. Artículo 12, inciso b de la Ley de Asistencia Social, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 2 de septiembre de 2004.
 46. La Ley de Asistencia Social sienta las bases de dicho Sistema Nacional, a través del cual brinda la prestación de servicios de asistencia social a las personas adultas mayores que lo requieran con base en lo dispuesto tanto en el articulado de esta Ley como en las disposiciones aplicables en materia de derechos de las personas adultas mayores, principalmente la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, véase artículo 10, fracción XII.
 47. Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de junio de 2002.
 48. En este tema se sigue lo dispuesto en los artículos 4 y 5 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Marco jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México

49. En el tiempo de realización de este trabajo se encontraba como proyecto pendiente de entrar en vigencia y bajo observaciones de la Comisión respectiva en la Secretaría de Gobernación, para consultar el proyecto de Norma véase: <http://dof.gob.mx/normasOficiales.php?codp=4442&view=si#>.
50. Para la consulta de las Normas Oficiales visite el siguiente sitio de Internet: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>.
51. En el Estado de Baja California la Ley de Asistencia Social para el Estado de Baja California, dedica el artículo 4, Servicios básicos en materia de asistencia social para los adultos mayores.
52. Laurell Assa, C., *et al.*, El envejecimiento poblacional y la política social del gobierno del Distrito Federal, Trabajo Social, México, Nueva Época, 2003; 8: 42.

Sobre la necesidad de una perspectiva transversal en las políticas públicas para el envejecimiento

*Elizabeth Caro López**

Planteamiento de la cuestión

Hace más de una década que en México hablamos de la necesidad de implementar políticas públicas para la población adulta mayor. El esfuerzo en torno a ello no ha sido menor; ha implicado la conjunción de múltiples actores, instituciones, debates académicos e institucionales; discursos, iniciativas, programas, creación o mejora del marco jurídico, campañas y diagnósticos, etcétera.

Es a partir de todos estos elementos que se puede afirmar que México cuenta con una política pública para adultos mayores. Tenemos, entre otras, instituciones en el ámbito del desarrollo social (Secretaría de Desarrollo Social e Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) y de la salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Nacional de Geriátrica, Hospital de Pemex), que cuentan con programas y acciones para la población mayor y para el personal que trabaja con esta población.

Contamos también con un marco jurídico conformado por la Ley de los Derechos de las Personas Mayores, leyes estatales, Normas Oficiales Mexicanas, y algunas previsiones en el Código Civil Federal y en su reglamento. En el ámbito nacional, han surgido organizaciones de la Sociedad Civil que participan activamente en la atención de la población de 60 años y más; además de dos instituciones que ofrecen información estadística general y pormenorizada, que son el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y el Consejo Nacional de Población. No menos importante, se han generado

encuestas nacionales y estudios locales de alcance y magnitud variados.

Se tiene un incipiente pero importante esfuerzo de evaluación de los programas para la población mayor. México ha firmado y ratificado acuerdos internacionales sobre el tema. Las instituciones académicas también han generado investigaciones importantes. Actualmente varias son las ofertas de formación en temas relacionados con la geriatría y la gerontología. Diariamente se escriben artículos, libros y se publican estudios con diferente perspectiva disciplinaria en torno a esta población y sus necesidades particulares.

Ante este panorama, las preguntas inevitables que surgen son: ¿qué hace falta para poder reportar resultados tangibles en la mejora de la calidad de vida de la población mayor?, ¿por qué la propia población no responde de manera unísona “sí, contamos con una política pública para nuestros adultos mayores”?, ¿sabemos qué es lo que necesitamos realmente para las instituciones y para la población?

Dos son los aspectos que este artículo pretende abordar para responder a estas interrogantes. Por un lado, la necesidad de hacer un planteamiento más amplio al que hemos hecho respecto a qué tipo de política pública se requiere; por otro lado, el análisis de la estructura institucional necesaria para su implementación y seguimiento. Ambas cuestiones resultan relevantes y pertinentes para avanzar en la consolidación de este campo de actuación pública y de creciente interés social.

Lo primero que debe decirse es que tradicionalmente se han planteado políticas públicas para la población

** Subdirectora de Planeación y Vinculación, Instituto de Nacional Geriátrica. Maestra en Políticas Públicas y Sociales, especialista en Gerencia de Servicios de Salud para la Población Adulta Mayor.*

Sobre la necesidad de una perspectiva transversal en las políticas públicas para el envejecimiento

adulto mayor partiendo de su concepción más evidente, es decir, la de tener 60 años de edad y más. Los programas de asistencia social, de salud, de desarrollo social, entre muchos otros, han definido que en los países en vías de desarrollo la población de 60 años y más requiere de atención específica, y de ahí que hayan derivado un sin fin de diagnósticos desde los más básicos (cuántas mujeres y hombres de 60 y más años viven y dónde habitan); hasta los más elaborados, como pueden ser los que ofrecen información sobre la percepción de su salud, su exposición al maltrato, a la exclusión, el alcance y funcionalidad de las redes familiares, y su perfil epidemiológico, entre otros.

A partir de la década de 1980, se han venido implementando programas y acciones más específicos en diferentes ámbitos, principalmente en el del desarrollo y la asistencia social y de la salud. Desafortunadamente, no siempre estos programas y acciones han ido de la mano de los diagnósticos generados por las instituciones académicas. Esta disociación no es un asunto menor, pues la literatura reciente¹⁻² ha comenzado a destacar la existencia de claras fracturas y vacíos que afectan las diferentes etapas y componentes del “ciclo” de las políticas públicas para la población adulta mayor, como discuto en la siguiente sección.

El ciclo de las políticas públicas y su aplicación a la atención del envejecimiento

Siguiendo el modelo planteado por Patterson, Davison y Ripley,³ el proceso de las políticas públicas inicia en el diseño de la agenda pública, la cual se conforma por todos aquellos problemas y necesidades expresados por la sociedad y que son reconocidos como de interés público. En este sentido, el tema de la vejez ya es reconocido como de interés público, debido, entre otras cosas: al aumento de la población de 60 años y más, al aumento en los gastos en salud, a la necesidad de atender demandas específicas de servicios para este grupo etario, y a la firma de acuerdos internacionales con diversos organismos tales como la primera y segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento (Viena 1992 y Madrid 2002).

Cabe señalar que en la conformación de la agenda pública, en sentido amplio, la vejez debe competir de manera permanente con otros temas de igual peso o importancia en la sociedad, como son los relativos a la satisfacción de las demandas de otros grupos

considerados prioritarios o vulnerables: niñez, juventud, mujeres, personas con discapacidad; seguridad pública, seguridad social, medio ambiente, etcétera. Es en este punto en el que se requiere que la sociedad y el gobierno definan de manera clara cuál es el interés verdadero y exacto por invertir más en el tema de la vejez y de ampliar la visión hacia el envejecimiento en el curso de vida.

Cuando se revisa el estatus de esta agenda particular, por lo general se encuentra que las necesidades planteadas para la población de 60 años y más, no sólo no cuentan con apoyo del resto de la sociedad, sino que en su propia estructuración se dan fuertes diferencias de visión y de opinión respecto a las prioridades y medios de actuación. Así, mientras que para algunos grupos e instituciones la política de vejez es sinónimo de protección y aumento del gasto en cuidados de largo plazo, o servicios altamente especializados; para otros, se trata del reconocimiento y ejercicio efectivo de nuevos derechos, la búsqueda por la inclusión y el desarrollo de nuevas profesiones.⁴

Aun con estas diferencias, la agenda del envejecimiento pasa a ser parte de la agenda de gobierno, donde estas mismas contradicciones son reproducidas y se traducen en programas y servicios –por lo general de carácter temporal– que conciben a la vejez o bien como un conjunto de población pobre y dependiente, o como un nuevo capital humano en el que es necesario invertir para generar otro tipo de riqueza social. En todo caso, y por lo dicho hasta este punto, sólo se ha hablado de vejez como un fenómeno estático y no del envejecimiento como todo un proceso dinámico.

Esta diferencia se muestra con mayor claridad cuando se analizan los modelos de atención y servicios que conforman la política de envejecimiento. En lo que toca a estos modelos, la mayoría de las definiciones públicas tiende a establecer un objetivo generalmente aceptado, pero que sufre de problemas de ambigüedad: “mejorar la calidad de vida de las personas mayores”. Si bien este objetivo se acepta como una expresión general para cualquier sociedad, su concreción y efectiva realización enfrenta cuando menos dos grandes retos.

Por un lado, diferenciar y hacer más claro este objetivo para la población adulta mayor. Es decir, se trata de establecer una agenda y un conjunto de objetivos específicos para la población adulta mayor, diferentes en contenido y alcance a los de mejorar la vida la población en general. En principio, se requiere, sea

cual sea su magnitud, que la agenda sea efectivamente implementada. Ello implica una cuidadosa descripción de cada uno de los factores involucrados en la calidad de vida de la población adulta mayor⁵ y su mejora mediante intervenciones de toda índole: aplicación de recursos, desarrollo de servicios, redes institucionales, nuevas profesiones, etcétera.

Otra característica de los modelos de atención vigentes es que generalmente están dirigidos a la población adulta mayor vulnerable, es decir, a aquella que tiene una mayor exposición a riesgos y que, por las causas que sean, no son capaces de atender debidamente sus necesidades. Pocos son los programas que tienen como objetivo a la población adulta mayor con un nivel socioeconómico medio-alto o alto. Para esta población, los programas tendrían un enfoque diferente, en tanto que se centrarían en mejorar sus condiciones de vida y convivencia y no tanto en la satisfacción de necesidades básicas.

Continuando con lo planteado por Patterson, Davison y Ripley, el siguiente aspecto en el proceso de la política pública se refiere a la necesidad de contar con un marco jurídico que dé legitimidad, fuerza y, sobre todo, estabilidad a los modelos de intervención. Si bien en este punto México cuenta con una situación relativamente sólida (como se discute más adelante), todavía son muchas las cuestiones de definición de derechos y de prestación de servicios que no cuentan con un referente preciso y sólido en la legislación vigente.

Para citar un par de ejemplos de esta situación, la Ley Federal de los Derechos de las Personas Mayores señala que una persona mayor es todo hombre o mujer que tiene 60 años o más de edad; de lo que resulta entonces que todo programa que sea dirigido a esta población indiscutiblemente tendría que beneficiarla a partir de la edad señalada. Sin embargo, importantes programas a nivel nacional sólo atienden a la población que tenga 70 años y más. En el caso del Distrito Federal, la denominada pensión alimentaria para adultos mayores, que se constituyó como un derecho, se otorga solamente a personas a partir de los 68 años de edad.

Por lo anterior, ha de reconocerse que se requiere revisar el marco jurídico vigente, para asegurar que todo programa o acción para la población adulta mayor tenga los mismos referentes y se eviten este tipo de vacíos o inconsistencias.

La siguiente fase en el ciclo de las políticas, la implementación, es sin duda la que pone a prueba la

eficacia de cualquier modelo de atención. Toda fase de implementación requiere de procesos administrativos y gerenciales acordes con una gestión pública orientada a resultados y no sólo al uso de los recursos de que dispone. Ahora más que nunca, la implementación y la gestión se dan en un contexto llamado “gobernanza”, en el cual no es más el gobierno el que decide de manera aislada en qué y cuánto gastar, sino que se reconoce y es obligada la participación de todos los actores públicos y privados, a partir de esquemas de coordinación y cooperación en todos los niveles.⁶

Cuando los modelos de atención establecen que su objetivo es “mejorar la calidad de vida”, sin especificar qué significa exactamente su cumplimiento, el resultado suelen ser programas duplicados y población doblemente beneficiada o doblemente excluida. Esto es así debido a que la implementación de los programas tiende a sobre representar y a brindar mayor atención a las personas adultas mayores que viven en zonas urbanas o semi-urbanas, por las mayores facilidades para identificarlos y contactarlos; en tanto que hacia la población que vive en zonas rurales, con perfiles socioeconómicos bajos o de alta exclusión, existen barreras geográficas y sociales que dificultan y hacen más costosa su atención.⁷

Por lo discutido hasta este punto, puede concluirse que en México contamos con un amplio diseño general de políticas para la población adulta mayor, y que considera las principales fases del ciclo de las políticas públicas. Pero sus resultados e impactos son insuficientes, pues hay evidencias de que ha segmentado a las personas y las poblaciones, ha tenido un impacto limitado y, sobre todo, ha considerado de forma parcial y fragmentaria el carácter dinámico del proceso de envejecimiento, obviando los importantes cambios en el perfil demográfico y socioeconómico de este segmento.

¿Cómo cambiar esta situación?, ¿cómo lograr justamente lo contrario? Es decir, políticas públicas suficientes, integradoras, de amplio impacto, acordes con las necesidades cambiantes de la población. En lo que resta de este trabajo se ofrecen algunas ideas para promover este ajuste.

La necesidad de hacer un planteamiento distinto de política pública

Una primera propuesta para resolver las interrogantes antes planteadas es hacer otro planteamiento, uno complementario al que ahora prevalece. Esto pasa

Sobre la necesidad de una perspectiva transversal en las políticas públicas para el envejecimiento

por reconocer que el proceso de envejecimiento es el resultado de al menos tres factores: 1) una modificación en los patrones de natalidad, 2) el aumento de la esperanza de vida, y 3) los movimientos migratorios.

Por tanto, el reto del envejecimiento es permanecer sano y activo durante las fases más avanzadas de la vida; haciendo que la salud tenga que ser necesariamente definida como el completo estado de bienestar físico, mental y social. Si esto es así, ¿por qué la mayoría de las políticas y programas han partido principalmente tan sólo de la definición de la edad, olvidando el resto de los factores que están involucrados?

El planteamiento entonces no es atender una situación definida únicamente por la edad, sino entender el proceso de envejecimiento como un todo. La cuestión central que las políticas públicas deben reconocer es que el proceso de envejecimiento toma forma durante todo el curso de vida y se manifiesta mayormente hacia el final de éste. Plantear una política pública adecuada para acompañar el proceso de envejecimiento durante el curso de vida permitiría:

- *Involucrar a más instituciones públicas y no sólo a las del sector salud.* Ya se cuenta con información suficiente sobre cómo influye en el desarrollo de las personas la vivienda, la educación, el medio ambiente, el urbanismo o la ruralidad; el tipo de alimentación, el trabajo, el uso del tiempo libre, etc. Las instancias a involucrar serían al menos las diecisiete Secretarías del Gobierno Federal, las cuales podrían proponer un conjunto mínimo de acciones relacionadas con el envejecimiento durante el curso de vida. Ello facilitaría también contar con más recursos para este tipo de programas y ampliar su alcance y efectividad.
- *Incluir a más actores y no sólo a los que atienden a la población adulta mayor.* El perfil de los profesionales y de otras organizaciones involucradas contribuiría a una visión multi e interdisciplinaria en torno a un mismo fenómeno que va más allá de tener una edad y que, en cambio, se manifiesta durante todo el curso de vida. Es ampliamente sabido que no son suficientes los geriatras y los gerontólogos para atender a los casi diez millones de personas de 60 años y más que hay actualmente en México, por lo que la visión de una mayor cantidad de disciplinas resulta indispensable y útil para este propósito.
- *Generar una perspectiva integral en torno al curso de vida*

de los individuos y las sociedades. Tradicionalmente, la acción del gobierno se ha enfocado a la atención de diversos temas y grupos de población a partir de sus características y necesidades específicas. Si bien esto ha considerado el principio de optimizar recursos y solucionar problemas puntuales, valdría la pena cuestionarse hasta qué punto un efecto no previsto ha sido el fraccionar a los grupos de población y los individuos, antes que tratar sus necesidades como derivadas del curso de vida. En el caso particular del proceso de envejecimiento, está plenamente probada la pertinencia de generar acciones de prevención y de promoción de la salud a lo largo de la vida, evitando centrarse en la atención de enfermedades y en el aumento de servicios específicos que resultan sumamente costosos, tanto para las instituciones públicas como para las familias y la sociedad como un todo. Esto es especialmente grave cuando se trata del cuidado de personas con dependencia o que padecen enfermedades crónico-degenerativas.

- *No sectorizar o fracturar los programas y las acciones.* Una de las principales críticas a las políticas públicas es que suelen generar programas o acciones duplicadas, lo que implica no sólo un desperdicio del gasto público sino, aún más grave, la sobreprotección de un sector de la población y la ausencia de programas para las personas más excluidas. El incluir la perspectiva del envejecimiento en todas las acciones de las instituciones del gobierno permitiría distribuir mejor las tareas y abarcar a toda la población a lo largo de su vida y aspectos de su desarrollo.
- *Revisar el marco jurídico desde una perspectiva incluyente.* Uno de los grandes pendientes en México es la actualización del marco jurídico. El número y diversidad de normatividad vigente ya es suficiente, no se necesita generar más, sino revisar la pertinencia y actualidad de la ya existente. Si esto se hace a partir de una perspectiva de envejecimiento, al igual que se ha venido haciendo con la perspectiva de género, será relativamente más fácil identificar los vacíos legales. Aunado a esto, será necesario revisar si se cuenta con los mecanismos necesarios para hacer efectivos los derechos, tanto por los ciudadanos, como por las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones públicas y privadas.

- *Lograr políticas públicas sostenibles.* uno de los principales retos es lograr que las políticas públicas se sustenten en el tiempo con recursos materiales, financieros y humanos propios que no dependan de los ingresos que pudieran derivarse del sector público, que faciliten mayor participación social y la permanencia de los actores. Lograrlo es posible si este aspecto se toma en cuenta desde el diseño de las políticas públicas y no sólo en su implementación. La perspectiva de envejecimiento, una vez más, facilitaría este aspecto pues ampliaría el campo de acción y el tiempo de aplicación de programas y acciones.

La necesaria ampliación de la capacidad institucional

Ahora bien, una política pública cobra sentido y utilidad cuando es implementada. No basta un buen pronunciamiento o una metodología impecable. Es indispensable su puesta en marcha, seguimiento y evaluación. Aplicar una política pública principalmente pone a prueba la capacidad institucional de un país, de un estado o de una localidad.

La capacidad institucional ha sido definida y planteada de muy diversas formas. Para fines prácticos, debe entenderse como “el proceso a través del cual, los individuos, los grupos, las organizaciones, las instituciones y las sociedades mejoran sus habilidades para desempeñar funciones, resolver problemas y alcanzar objetivos para entender y abordar sus necesidades de desarrollo en un contexto más amplio y de una manera sostenible” (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 1997).

Siguiendo a Sonia Ospina⁸ y a Merilee Grindle,⁹ a continuación se presenta un análisis, que va de lo micro a lo macro, a partir del cual se plantean los principales dilemas para lograr la efectiva implementación de una política pública para hacer frente al proceso de envejecimiento poblacional:

1. *Recursos humanos.* El capital humano es el factor crítico en todo proceso de implementación. Actualmente se cuestiona el perfil y número de profesionales que deben existir para atender a la población adulta mayor. Hay quienes proponen que debe haber un determinado número de geriatras o gerontólogos proporcionalmente adecuado

al total de la población adulta mayor. Pero este planteamiento tiene al menos tres problemas: uno, el lograrlo implica mucho tiempo y requiere de un sinnúmero de instituciones que estén formando a estos profesionales, las primeras generaciones “suficientes” estarían listas en al menos diez años. Dos, a la par, deben crearse las plazas laborales en las instituciones para brindarles empleos idealmente bien remunerados a esta nueva generación de profesionales especializados. En la actualidad, no necesariamente se cuenta con esta capacidad institucional. Tres, ¿sólo son necesarios los profesionales en geriatría y gerontología? Como se ha planteado en la primera parte de este artículo, lo que se requiere es incluir la perspectiva del envejecimiento y la vejez en la formación de todos los profesionales involucrados en el desarrollo humano.

2. *La institución.* Por lo general cada institución trabaja de manera aislada, quiere generar “el cambio” en la población en un tiempo poco razonable, con recursos limitados, buscando modelos innovadores en otros países, con personal que quizá por primera vez tiene un acercamiento al tema del envejecimiento. El reto en este campo es pasar de políticas públicas innovadoras a políticas públicas basadas en evidencias.¹⁰ La generación de *libros blancos* que den cuenta no sólo de los objetivos y los logros, sino de la gestión y evaluación de los programas pueden ser de gran utilidad, particularmente en nuestra administración pública mexicana que suele tener cambios cada tres años en el ámbito estatal y cada seis años en el ámbito federal. El acercamiento al trabajo de las instituciones académicas debe pensarse como una necesidad insoslayable. Para ello, también es indispensable que todo protocolo de investigación incorpore desde su diseño un apartado de aplicación en alguno de los aspectos que conforman el proceso de la política pública.
3. *El conjunto de instituciones.* La forma de evitar duplicidades, de eficientar recursos y tiempo, de complementar el quehacer público y lograr una mayor cobertura de los programas, no se logra solamente con señalar cuál es la institución a cargo de armonizar el trabajo interinstitucional. Es necesario utilizar herramientas de gestión pública que faciliten tanto el generar, como el

Sobre la necesidad de una perspectiva transversal en las políticas públicas para el envejecimiento

compartir información para la toma de decisiones. La información debe ser real, útil, dinámica y de acceso público gratuito. En este sentido, la gestión por resultados, el marco lógico y la evaluación, son útiles para transparentar procesos y resultados.

4. *El contexto del sector público.* La gestión de la escasez, caracterizada por contar con pocos recursos *versus* una creciente demanda por resolver necesidades de la población cada vez más específicas, es el escenario que el conjunto de las instituciones públicas debe enfrentar. Para generar respuestas útiles, se hace necesaria la participación de más actores públicos y privados, de la sociedad civil organizada y de ciudadanos que actúen de manera corresponsable. El planteamiento es complejo, ya que para muchos esto significa que el gobierno deje de hacerse cargo de su responsabilidad de brindar a sus ciudadanos bienestar de conformidad con sus derechos. Sin embargo, en un escenario de gobernanza, ya no es suficiente ni redituable que sólo sea el gobierno quien defina las necesidades que atenderá, sino que es deseable la definición por parte de más actores y también de su compromiso. De no plantearse de esta manera, ningún modelo de desarrollo estará completo, ni será viable, sobre todo en el corto plazo.
5. *El entorno económico, político y social.* Como se mencionó en la primera parte, muchos son los temas que conforman la agenda pública y la de gobierno. Encontrar los equilibrios entre lo público y lo privado, entre lo urgente y lo importante, entre lo que impacta en las economías y sistemas políticos y lo que impacta directamente en los individuos, no es tarea menor. El envejecimiento debe ser entendido no como un problema extra a resolver, sino como una perspectiva que permite un análisis más completo del desarrollo humano e institucional y que abre la posibilidad de soluciones innovadoras en una amplia gama de disciplinas involucradas. Varias son las voces que aseguran, a partir de estudios, que como sociedad y como gobierno es más rentable invertir en el envejecimiento y no sólo gastar en la vejez.
6. *El contexto internacional.* Existe una fuerte convicción internacional de que los países logren un desarrollo más sustentable, incluyente y equitativo. En el tema

del envejecimiento en particular, lograr que sea activo y saludable es una línea de trabajo permanente. Otra, es lograr implementar los mecanismos para hacer efectivos los derechos de las personas, independientemente de su edad. Es insoslayable construir, en los hechos, sociedades para todas las edades.

A manera de conclusión

La segunda década del nuevo siglo está configurándose como un período en el que viejas tensiones políticas y sociales dejarán su lugar a nuevos dilemas. Más que tratarse de un cambio obvio o esperado de prioridades, lo que nuestras sociedades enfrentan es la combinación de los resultados deseados y no deseados del intenso proceso de crecimiento y desarrollo tecnológico experimentado y que, como era previsible, no se han ajustado a los propósitos o intereses de sus impulsores.

Justamente, la centralidad del proceso de envejecimiento en nuestro momento histórico sólo puede explicarse a partir de la combinación de factores como el incremento en la esperanza de vida y los cambios en los patrones de vida y consumo a una escala incluso global. Por ello, este proceso requiere recibir mayor atención a la hora de definir agendas y establecer prioridades para el futuro cercano y remoto.

Las perspectivas del envejecimiento en México distan mucho de ser enteramente positivas o favorables. La persistencia de problemas de atraso y pobreza alteran y agravan las condiciones en que se habrá de desarrollar este fenómeno, inserto en las agendas públicas de todos los niveles de gobierno. Por ello, se hace necesario adoptar una perspectiva, que defina con la mayor precisión que sea posible los alcances del trabajo y de las acciones que se requieren, para brindarle atención efectiva.

Aunque en el país se han dado avances significativos en la configuración y consolidación de las políticas públicas para atender a la población adulta mayor, el cambio de contexto de principios de siglo antes señalado muestra a estas políticas como limitadas y carentes de la visión integral que su propia evolución reclama y plantea.

Pasar del entendimiento limitado de la vejez como una mera condición que se alcanza al cumplir 60 años de edad, para definirlo y atenderlo como un proceso dinámico que afecta todo el curso de vida, es sólo el

primer componente de la nueva configuración de las políticas públicas específicas.

Se requiere también entender a cabalidad los diversos problemas y distorsiones que resultan del propio ciclo de diseño e implementación de las políticas públicas. En la medida en que las instituciones públicas, privadas y académicas asuman a conciencia la importancia de

dotar a las políticas a favor de un envejecimiento saludable y activo, un marco jurídico y social amplio y favorable, se abrirán posibilidades efectivas para alcanzar el bienestar que esperamos al haber alcanzado una expectativa de vida mayor. Esperemos que los propósitos en este sentido superen cualquier escollo o resistencia que se les oponga.

Sobre la necesidad de una perspectiva transversal en las políticas públicas para el envejecimiento

Referencias

1. Estes, C. L. y cols., *Social Policy and Aging. A critical Perspective*. EEUU, Sage Publications, 2001.
2. Ham, R., Discurso en el marco de la recepción del Premio Nacional de Demografía, Secretaría de Gobernación, 30 de octubre de 2009.
3. Aguilar, V. L. F., *Antologías de Política Pública II. La hechura de las políticas públicas*, 2ª ed., México, Porrúa, 1996.
4. Las posiciones en este debate se pueden distinguir con relativa facilidad y van desde las visiones de asistencia social que han caracterizado las políticas y programas de instituciones como el extinto Instituto Nacional de la Senectud (hoy Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores), hasta los planteamientos de organizaciones de pensionados y de derechos humanos que reivindican las cuestiones de acceso y ejercicio efectivo de derechos, pasando por posiciones intermedias como las ofrecidas por instituciones académicas y financieras (administradoras de fondos de pensiones, aseguradoras).
5. Al respecto, en el ámbito nacional se cuenta con el Plan Nacional de Desarrollo, los programas sectoriales, los programas específicos, programas de desarrollo estatales y municipales, leyes y reglamentos. En el ámbito internacional, igualmente existen programas establecidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud; acuerdos derivados de la Asamblea Mundial de Envejecimiento u otras reuniones regionales. En ellos se pueden encontrar claramente identificados los factores asociados con la calidad de vida. El reto reside en su efectiva implementación.
6. Aguilar, V. L. F., *Gobernanza, el nuevo modo de gobernar*, México, Fundación Friederich Naumann, 2009.
7. La evaluación aplicada por el Instituto Nacional de Salud Pública al Programa “70 y más” de la Sedesol en 2010 identificó un número importante de barreras de acceso y de mecanismos de exclusión para la población rural adulta mayor, la mayoría de los cuales se agudizaba por las dificultades de acceso y movilidad de los propios beneficiarios. Para mayores detalles, se puede consultar la evaluación en el portal electrónico del Coneval, disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/evaluaciones>.
8. Ospina, S., *Construyendo capacidad institucional en América Latina: el papel de la evaluación como herramienta modernizadora*. Ponencia presentada en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, octubre, 2002.
9. Grindle, M. S., *The Good Government Imperative. Human Resources, Organizations and Institutions*, en Grindle, M. S. (ed.), *Getting Good Government, Capacity Building in the Public Sectors of Developing Countries*, Boston, Harvard University Press, 1997.
10. Para una lectura específica al respecto, se puede revisar Frenk J. *Tender puentes. Lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias*. *Salud Pública México*, 2007; 49 (supl. 1).

**LOS DETERMINANTES
DEL CAMBIO
SOCIODEMOGRÁFICO Y
DE LA SALUD AL ENVEJECER**



Los determinantes: los cambios demográficos

César González González*

Introducción

Inicialmente experimentado por los países más desarrollados, el envejecimiento poblacional es ahora un suceso global, presente en prácticamente todo el mundo; se ha convertido en un evento muy difundido y de gran preocupación en los países más desarrollados, pero es menos común, publicitado y de menor preocupación en los menos desarrollados. Esta relativa falta de interés es irónica por dos razones: 1) en el año 2000, 62% de las personas mayores vivían en los países menos desarrollados, y 2) las tasas de crecimiento de la población en edades avanzadas son más altas en los países menos desarrollados, lo que significa que la población de mayor edad se concentra cada vez más en estos países.¹

En México, la composición de los grupos de edad (niños, jóvenes, adultos y adultos mayores) se está reconfigurando, con un acelerado crecimiento de la población en edades avanzadas. Dadas las características socioeconómicas y condiciones de salud prevalentes en la población, el envejecimiento demográfico ya es un tema relevante. Según las cifras del Censo de Población y Vivienda de 2010, México es un país de 112.3 millones de habitantes, de los cuales 28.9% tienen entre 0 y 14 años, 60.9% entre 15 y 59 años y 9.0% tienen 60 años y más; y según las proyecciones de población realizadas por el Consejo Nacional de Población (Conapo) “se espera que en 2030 el porcentaje de población de adultos mayores alcance 17.1 puntos (20.7 millones) y en 2050, 27.7% (33.8 millones)”.²

Los patrones de enfermedad y muerte también se están reconfigurando, en las últimas décadas los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) en la población mexicana cada vez más se concentran en las edades avanzadas, con las enfermedades no transmisibles como las principales causas. Según estimaciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, “84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones, y 53% se concentran en los mayores de 65 años”.³⁻⁴

Junto con estos factores, otros elementos clave hacen que el envejecimiento demográfico se presente como un reto en México; por ejemplo, “el análisis de las condiciones de las personas mayores exige un enfoque especial, ya que la mortalidad y la salud de los ancianos y las personas más jóvenes difieren sustantivamente”;⁵ en la vejez se acentúan las necesidades y por lo general los recursos se ven disminuidos, el estado de salud se destaca como una de las necesidades primordiales, ya que la probabilidad de sufrir múltiples enfermedades, y de tener limitaciones en el funcionamiento aumenta con la edad; y finalmente, la muerte en las edades avanzadas se debe principalmente a enfermedades crónicas, con un proceso largo y costoso. Por lo tanto, los modelos que hasta ahora se han utilizado deben ser modificados o renovados para mejorar el análisis sobre el grupo de personas envejecidas.

En este capítulo se aborda la intersección entre demografía y salud poblacional. El objetivo es explicar a través de los cambios demográficos cómo se modifican

* Doctor en Estudios de Población. Investigador en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriatria de la Secretaría de Salud.

las necesidades y las demandas de atención a la salud, y los retos que aparecerán en un futuro cercano debido al acelerado envejecimiento poblacional. Para ello se hace un análisis de los determinantes del envejecimiento demográfico, se destaca la magnitud y velocidad con que sucede el envejecimiento, y se describen las condiciones de salud de la población.

Determinantes demográficos del envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional puede verse como una historia de éxito de las políticas públicas de salud y del desarrollo socioeconómico, pero también como un reto para garantizar un buen estado de salud y capacidad funcional de los adultos mayores, así como su participación y seguridad social.

La demografía estudia el tamaño y estructura de la población, especialmente sus determinantes: fecundidad, mortalidad y migración. En los estudios demográficos la edad cronológica (cantidad de años cumplidos) se utiliza para diferenciar a los grupos de población, entre 0 y 14 años se incluye a los niños, entre 15 y 29 a los jóvenes, de 30 a 59 años comprende a la población de adultos y de los 60 años y más a los adultos mayores. Este corte en la edad no permite ambivalencias; una vez cumplida cierta edad, se pertenece a un grupo específico. El envejecimiento demográfico se define como el incremento sostenido de la proporción de adultos mayores (60 años y más) dentro del total poblacional⁶ y es producto de los cambios que se generan en la dinámica demográfica, principalmente por la mortalidad y la fecundidad.

La contextualización de los eventos a los que han estado expuestos los individuos que pertenecen a cierto grupo de población permite entender sus características sociales, económicas y de salud; igualmente se pueden establecer los recursos que actualmente se destinan a la salud, tratar de establecer si serán suficientes e identificar futuras necesidades ante el inminente envejecimiento poblacional. Para ello se utilizan la mortalidad y la fecundidad, que han sido los principales componentes de la dinámica demográfica con un impacto directo en las condiciones de salud poblacional.

Mortalidad

El perfil de la mortalidad ha cambiado sustancialmente en los últimos 100 años. Entre 1910 y 1921, los años que duró el conflicto armado, la población se vio

disminuida en 800,000 habitantes (alrededor de 5% del total en 1921); la pérdida se debió en mayor medida a la combinación de cuatro eventos: las acciones bélicas, la epidemia de la influenza española, la emigración hacia Estados Unidos y la separación de parejas junto con el retraso de las uniones matrimoniales. Campos Ortega⁷ hace un diagnóstico de las condiciones de mortalidad prevalecientes a principios del siglo XX; señala que entre 1900 y 1920 la mortalidad infantil supera las 200 muertes por cada mil nacidos vivos y a los 5 años de edad las cohortes iniciales se habían reducido en más del 35%. Según las tablas transversales de mortalidad, los efectivos se reducían a la mitad entre los 15 y 20 años y a la cuarta parte entre los 45 y 50 años. A los 65 años sólo llegaba entre 10 y 15%, a los 75 años 5% y a los 85 años alrededor de 1%. En contraste, para los nacidos en la actualidad se espera que alrededor de 75% vivan más de 65 años.

Terminada la Revolución Mexicana y después de un período de consolidación del gobierno federal, los componentes de la dinámica demográfica empezaron a moverse siguiendo el patrón de la transición demográfica.⁸ La mortalidad comenzó a descender a finales de la década de 1930, en primera instancia por la estabilidad política y económica que permitió incrementar los niveles de bienestar de la población a través de la introducción de medicamentos; seguido por la creación en 1943 de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), estas instituciones tuvieron la capacidad de proveer atención a la salud y medicamentos para una parte importante de la población, así como implementar programas de salud pública.

El objetivo de las políticas de población era disminuir la mortalidad general con especial énfasis en la mortalidad infantil, para ello, a las estrategias de desarrollo económico y social se incorporaron los programas de salud pública e infraestructura y gran parte de los esfuerzos se avocaron al combate de las enfermedades transmisibles o infecciosas y lograr con ello disminuir los niveles de mortalidad; las mejoras se reflejaron casi de inmediato, en 1930 la tasa de mortalidad infantil era de 130 por mil, se redujo a prácticamente 100 por mil en 1950, en 1990 era de 39 por mil y en 2008 la cifra se sitúa en 15 por mil.⁹⁻¹⁰

A través de las condiciones de mortalidad que enfrentaron los actuales adultos mayores cuando eran niños, se pueden identificar tres grupos con diferentes

necesidades de atención a la salud: 1) aquellos que tienen 85 años y más, nacidos en 1926 o antes, en medio del conflicto armado, con altas tasas de mortalidad y escasas posibilidades de desarrollo, 2) los nacidos entre 1927 y 1941 con mejores condiciones de salud y menores probabilidades de fallecer en los primeros años de vida, el grupo de 70 a 84 años, y 3) los que nacieron en medio de uno de los períodos en que la mortalidad muestra los descensos más rápidos incluso a nivel mundial, aquellos que en 2001 tienen entre 60 y 69 años.

La mayor sobrevivencia en las edades infantiles que se produjo en esos años tiene impacto en las condiciones actuales de la población envejecida, con exposición a factores de riesgo diferentes, los cuales fueron mayores y más adversos para las cohortes más viejas. Antes de 1930 se esperaba que uno de cada tres niños no llegaría a la juventud, el hecho de que una mayor proporción alcance esas edades está reconfigurando a la sociedad, la familia y a los individuos.

Fecundidad

En cuanto a la fecundidad, durante el primer tercio del siglo pasado, el gobierno mexicano tomó medidas diversas para incrementar sus niveles, se alentaba a la población a tener familias grandes¹¹ y por un tiempo se prohibió la venta de anticonceptivos.

Junto con las mejoras en la salud de la población y la consecuente disminución de la mortalidad, “la historia demográfica de México en el siglo XX relata un fenómeno de población de consecuencias sociales y económicas de relevancia mayor, es la que da cuenta de los cambios en la fecundidad”.¹² Una vez que se inicia la transición demográfica, la mortalidad muestra un descenso sostenido mientras que la fecundidad permanece alta. Como consecuencia, entre 1940 y 1970, las tasas de crecimiento y el tamaño de la población infantil aumentan considerablemente y la estructura por edad se rejuvenece. Ciertamente las tasas globales de fecundidad mostraban niveles elevados y alrededor de 6 hasta antes de 1940, y hacia 1960 y 1970 los niveles llegaron a 6.6 y 6.4, respectivamente.

En los inicios de la década de 1970 y después de una serie de debates e investigaciones sobre los aspectos negativos de las altas tasas de fecundidad que prevalecían en México, como son los embarazos a temprana edad que ponían en riesgo la vida de las mujeres, el alto número de abortos por embarazos no deseados y el

impacto de las altas tasas de crecimiento poblacional sobre el desarrollo económico del país, en 1973 se aprueba la Primera Ley General de Población y se crea el Consejo Nacional de Población (Conapo), encargado de las políticas de población. La aplicación de las políticas tuvo un efecto inmediato: en sólo 10 años, de 1970 a 1980, la tasa global de fecundidad disminuyó en casi dos puntos, al pasar de 6.4 a 4.7; para 1990 los niveles continúan descendiendo hasta llegar a 3.3 hijos por mujer y en 2010 la tasa se ubica en 2.1.

En general, las cohortes de los actuales adultos mayores conservan y comparten el patrón de fecundidad anterior a los años 70, cuando las tasas globales de fecundidad eran de 6 o hasta 7 hijos. Según cifras del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (Enasem), alrededor de 60% de los adultos mayores tuvo entre 4 y 10 hijos nacidos vivos, y 13% 11 o más hijos. Esta situación contrasta con las nuevas pautas de fecundidad, que están llegando a los niveles de reemplazo y que hacen preguntarse: ¿cuáles son las consecuencias de estas diferencias para los arreglos residenciales de los adultos mayores? Suponemos que el persistente descenso de la fecundidad es una preocupación para México, ya que para las futuras cohortes habrá una disminución progresiva de familiares y por ende de la calidad y cantidad de formas de apoyo; esto incluye el apoyo financiero y de subsistencia, así como ayuda con el cuidado de la salud y las actividades de la vida diaria.

En resumen, México está entrando en la última fase de la transición demográfica y el hecho de que el envejecimiento poblacional sea demasiado rápido y que en el futuro se dé con mayor intensidad tiene que ver con dos momentos en la dinámica demográfica. Primero, la fecundidad permaneció alta mientras que la mortalidad tuvo un descenso pronunciado; y segundo, un descenso igual o más rápido de la fecundidad. Los tiempos que tardaron ambos componentes en pasar de niveles altos a niveles bajos fue relativamente corto, alrededor de 30 años; la inercia demográfica que se produjo repercutirá en la estructura por edad, la misma celeridad presentada en los descensos de la mortalidad y fecundidad será la que tendrá el proceso de envejecimiento en el país.

Se debe reconocer rápidamente el eje de la nueva realidad demográfica y ajustar adecuadamente las políticas de salud. En las décadas anteriores la prioridad ha sido la población en edades infantiles, sin embargo

el cambio en la estructura por edad obliga a mirar hacia la población en edades avanzadas; mientras que en el período de 1960 a 2000 el eje eran las enfermedades transmisibles; en fechas recientes y en el futuro inmediato el énfasis tendrá que ir hacia las enfermedades crónicas y sus consecuencias, las cuales tienen una alta correlación con la edad avanzada.

Por la dinámica poblacional que se presenta en México, y con las actuales tasas de mortalidad y fecundidad; surgen preguntas respecto de las condiciones actuales y futuras en cuanto a lo demográfico y social, pero sobre todo en lo relacionado con la salud. En el siguiente apartado se utiliza la esperanza de vida al nacer para explicar la conexión entre los determinantes demográficos, el envejecimiento y la salud en la población.

Esperanza de vida

De manera constante se ha logrado incrementar la esperanza de vida al nacer en México, este indicador representa la duración media de la vida de los individuos que integran una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad del período en estudio.

En 1920 la esperanza de vida al nacer en México era de 28.9 años, en 1930 se incrementa a 34.0, en 1940 alcanza los 40.5 años, para 1960 es de 57.8, exactamente el doble de lo que se tenía 40 años antes, y en la actualidad la esperanza de vida al nacimiento es de 76 años. Lo anterior refleja que las condiciones de mortalidad y morbilidad de cada una de estas cohortes han sido diferentes, que las circunstancias vividas en la niñez y la adolescencia tienen efectos diferenciados en la calidad de vida presente de los adultos mayores.

En la literatura se menciona que el aspecto del envejecimiento que tendrá las mayores consecuencias en lo económico y en lo social será el relacionado con la salud, la morbilidad y la no letalidad de las enfermedades y, por ende, es lo que impondrá los mayores retos. Es sabido que con el avance de la edad, generalmente se produce un deterioro de la salud, la persona se vuelve frágil, se da un aumento de las enfermedades crónicas degenerativas, se incrementan los riesgos de incapacidad y por lo tanto de dependencia, con la consecuente pérdida de roles sociales y el retiro del trabajo.

Actualmente “la población de México se encuentra en una transición epidemiológica caracterizada por un esquema en el que las enfermedades contagiosas todavía

predominan como causa de muerte, los padecimientos crónicos empiezan a ganar importancia y el estado de salud varía enormemente entre subgrupos de la población debido a desigualdades sociales y económicas, incluyendo el acceso a servicios médicos”.¹³

Ante la disminución de la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida, a principios de 1980 surgen las teorías de compresión y expansión de la morbilidad, con puntos de vista opuestos en cuanto al impacto que el incremento de la esperanza de vida tendría en la capacidad funcional de los individuos. La teoría de la compresión de la morbilidad, desarrollada por J. F. Fries,¹⁴ tiene como supuesto principal que los estilos de vida más saludables y el avance de la ciencia médica permitirán reducir la mortalidad y que las enfermedades crónicas afectarán por períodos más cortos antes de la muerte.

Fries¹⁴ propone que existe un techo biológico que no permite rebasar cierta esperanza de vida al nacimiento y que ese límite es alrededor de los 85 años. Los supuestos de la compresión de la morbilidad señalan que la ganancia en la esperanza de vida al nacimiento es el resultado de la disminución de muertes neonatales, infantiles y las causadas por enfermedades agudas, que las enfermedades crónicas han emergido como principales causas de morbilidad y mortalidad en detrimento de las agudas y que esta transición ha concluido y que la mortalidad general ha empezado su descenso.

La segunda teoría, de *expansión de la morbilidad*, fue propuesta por Kramer;¹⁵ en ella señala que socialmente se estaban produciendo cambios, particularmente en los estilos de vida, los cuales reducían el riesgo de padecer enfermedades mortales pero que tales cambios no modificaban la aparición o progresión de la mayoría de enfermedades degenerativas asociadas con el envejecimiento. Asimismo, en cuanto a los tratamientos médicos, aseguraba que el principal efecto de los mismos consistía en alargar la vida de los que padecían enfermedades crónicas y limitaciones funcionales, sin que ello redundara en ganancias de salud apreciables. Según esta teoría, por tanto, la reducción en las tasas de mortalidad tendría como consecuencia un incremento del tiempo durante el cual las enfermedades crónicas y las limitaciones funcionales podrían manifestarse. Así pues, a diferencia de lo sugerido por Fries, las tasas de prevalencia de los problemas de dependencia exhibirían un comportamiento opuesto al observado en las tasas de mortalidad.¹⁶

Conocer el estado de salud de las actuales cohortes de adultos mayores es clave para estimar futuras

necesidades. En México la esperanza de vida sigue en aumento y no hay evidencia clara sobre la compresión de la morbilidad; somos un país con más de 100 millones de habitantes y con heterogeneidad económica y social, con los problemas de salud debidos a enfermedades agudas aún sin resolver y que se mantienen como principales causas de enfermedad y muerte, mientras que las enfermedades crónicas van en aumento; la expectativa es que la población mexicana viva durante más años y con deterioro del estado de salud por un tiempo más prolongado. Lo anterior supone que las necesidades de atención a la salud se incrementarán.

Andrade¹⁷ hace un análisis sobre la esperanza de vida asociada con diabetes; señala que debido al rápido envejecimiento demográfico, junto con la urbanización (cambios en el estilo de vida y dieta), se espera como resultado que las prevalencias de diabetes se incrementen, con consecuencias en mortalidad, morbilidad y discapacidad.

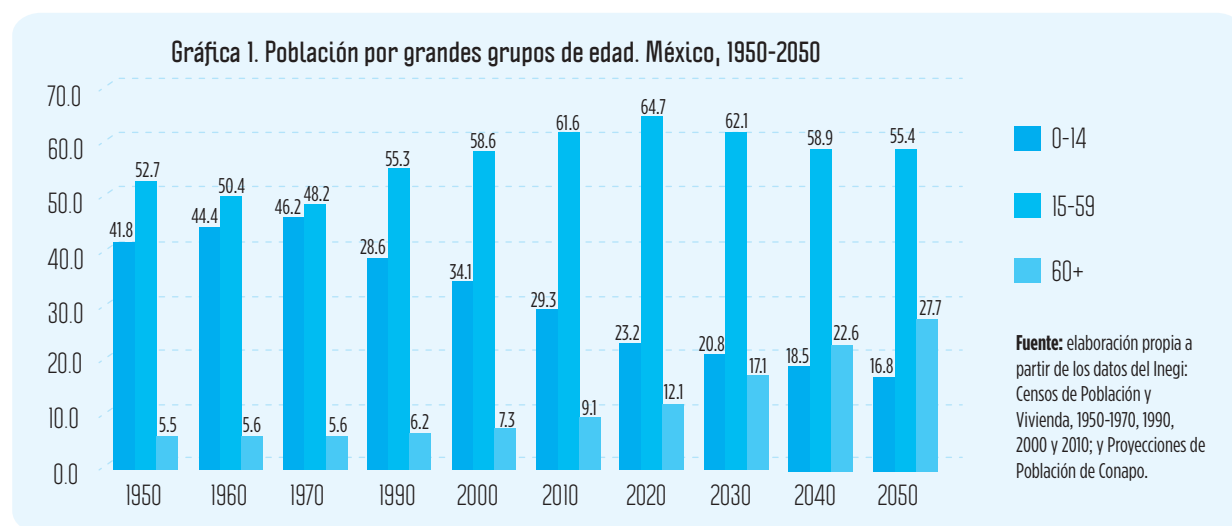
El incremento en la esperanza de vida tiene una connotación positiva, se ha logrado alargar la vida de las personas, ahora se debe buscar que los años agregados se vivan con calidad y en lo posible libres de enfermedad.

Magnitud y velocidad del envejecimiento poblacional

En la mayoría de los países desarrollados el envejecimiento de la población ha sido un proceso gradual, que ocurre en varias décadas y después de un considerable desarrollo socioeconómico; esto permite planear, desarrollar políticas, y hacer una mejor asignación de recursos

entre los diferentes grupos de edad. Sin embargo, en México el envejecimiento poblacional es mucho más rápido y en una población relativamente grande, ya que ocupa el lugar 11 en cuanto a los países más poblados del mundo. En los países en desarrollo, por lo general, las poblaciones están envejeciendo antes de que cualquier desarrollo socioeconómico importante se haya producido, por lo tanto la asignación de recursos, la planeación, las políticas de desarrollo y salud son una tarea más difícil en países como México, donde el envejecimiento sucede dentro de un contexto de desarrollo incompleto y con situaciones de pobreza, marginación, desempleo, carencias en la cobertura educativa aún no resueltas. Estas condiciones plantean retos que por el momento sólo se vislumbran pero cuya magnitud no se alcanza a entender.¹

En México la participación del grupo de adultos mayores dentro del total poblacional ha mostrado incrementos desde 1950, en ese año representaban 5.5% del total, para 1970 se incrementó a 5.6% y en 2000 representaba 7.1%, en 50 años se incrementó en 1.6%. Es hasta fechas recientes que los cambios se ven claramente reflejados en la dinámica poblacional, entre 2000 y 2010 la población de 60 años y más creció en 3.1 millones de personas al pasar de 6.9 a 10.0 millones. Además, según las proyecciones de población, la población de 60 años y más tendrá las más altas tasas de crecimiento, su monto se multiplicará más de siete veces en tan sólo 50 años, al pasar de 4.8 a 36.2 millones e incrementarán su participación de 4.8 a 27.8%. En 2050 uno de cada cuatro mexicanos será parte de la población envejecida (Gráfica 1).



Uno de los principales argumentos para estudiar el envejecimiento poblacional es el aumento sostenido del número de adultos mayores y sus posibles efectos en las diferentes dimensiones de la vida: salud, economía y familia. En este fenómeno hay dos componentes que preocupan: el aumento de la población envejecida y la rapidez con que se dará ese aumento.

En la actualidad países como Japón, Alemania, Italia, Suecia y Grecia tienen más de 18% de población con 65 años y más; México en 2010 tenía 5.9%. ¿Es esto motivo de preocupación? En contraste, y con respecto a la rapidez del envejecimiento, mientras que a Francia le tomó alrededor de 115 años pasar de 7 a 14% de la población de 65 años y más entre 1865 y 1980, a México le tomará 19 años alcanzar esas proporciones y de acuerdo con las proyecciones de población será entre 2016 y 2035. Es evidente que Francia tuvo tiempo para adaptar paulatinamente sus estructuras económicas, sociales y familiares, en el caso de México parece que el tiempo es un factor en contra. Y es justo en esta situación que el envejecimiento demográfico representa un reto para todos los sistemas, en un contexto desfavorable, con las necesidades no cubiertas, y con poco tiempo para adaptarse a los cambios culturales, sociales y familiares.

Las implicaciones que tiene ese crecimiento acelerado para los sistemas de salud se refleja en varias dimensiones, el número de personas que se deben atender, las estrategias que se deben implementar, las carreras médicas que se deben promover, los servicios que se deben ofertar (centros de día, asilos) y en dónde se deben ofertar, todos elementos a considerar en la consecución de un envejecimiento exitoso.

Cambio en el balance entre los grupos de edad

A medida que cambia la relación niños-jóvenes-adultos y adultos mayores se afecta a diversos sectores sociales, económicos y de salud. Las preocupaciones por el envejecimiento de la población son las relacionadas con los sistemas de seguridad social y los patrones de distribución de recursos, por ejemplo, los sistemas de apoyo intergeneracional, los fondos de pensiones, las políticas de jubilación, la asistencia del bienestar social, los seguros de salud y fondos de ayuda médica, así como la provisión de asistencia sanitaria.¹

Según las proyecciones de población:

- entre 2007 y 2050, la proporción de los menores de 15 años en la población total disminuirá de 30.0 a 17.4%. En cambio, el porcentaje representado por la población en edades laborales, entre 15 y 64 años, se incrementará sistemáticamente hasta el 2020 y a partir de entonces su peso relativo tenderá a disminuir de nuevo: de 65% en 2007 será 68% en 2020, y 62% en 2050. A su vez, la población de 65 y más aumentará de casi 5% en 2007 a 21% en 2050.¹⁸

A consecuencia de los cambios en la estructura por edad, eventualmente México tendrá más viejos que niños. Actualmente, por cada 28 personas de la tercera edad hay 100 menores de 15 años, para 2035 la cantidad de niños y de viejos será igual, y en el 2050 la relación se habrá invertido con 165 adultos mayores por cada 100 niños. Cada vez más las miradas se dirigirán hacia los viejos, los incrementos en el tamaño de este grupo así lo exigen.

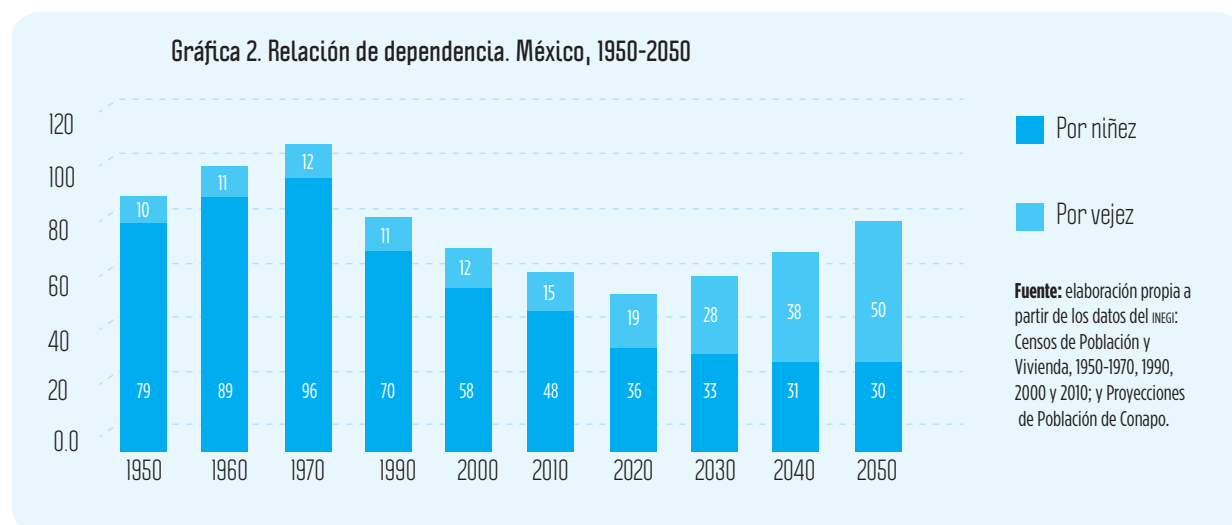
Se debe tener conciencia de las transformaciones en la dinámica demográfica, de que estos cambios son importantes y deben ser tomados en cuenta porque los programas y políticas sociales y de salud están fuertemente relacionados con la edad y la participación porcentual del grupo de población que se trate. Los individuos de cada grupo de edad tienen capacidades, intereses, necesidades e intenciones diferentes, de tal manera que estos cambios hacia una población más envejecida eventualmente alterarán la proporción de la población activa, modificarán el perfil de demanda en los sistemas educativos, cambiarán las necesidades de equipamiento de las viviendas, y plantearán nuevas exigencias a los sistemas de seguridad social, atención médica y previsión social.

Los cambios demográficos afectan en lo económico y en lo social. Uno de los indicadores más utilizados para considerar esta relación es el índice de dependencia demográfica, que asume aproximaciones a las poblaciones inactiva y productiva. Supone que el grupo de las edades productivas abarca de los 15 a 59 años, los que integran a la población inactiva son los niños de 0 a 14 años y los viejos dependientes de 60 años y más. En 1950 el índice de dependencia era de 89.7, es decir, por cada 100 individuos en edades productivas había 89.7 en las edades inactivas, en estos años el principal componente de la población inactiva lo representan los menores de 15 años. En 1970 llega a su máximo en el siglo con 107.6,

producto de la alta fecundidad y una importante baja en la mortalidad, lo que permitió una mayor sobrevivencia en las edades infantiles. En las décadas siguientes el índice de dependencia disminuye paulatinamente y en 2000 es de 70.7, se proyecta que no antes de 2030 la tendencia a disminuir se revierta, pero ahora con el componente de los viejos como el principal motor del incremento en las edades inactivas.

Los cambios en la razón de dependencia indican que en el futuro cercano las cohortes jóvenes tendrán

una mayor carga de cuidados hacia la población envejecida. Las cargas pueden ser un poco más pesadas debido a que las necesidades en las edades avanzadas se incrementan; por ejemplo, González y cols.¹⁹ encuentran que los adultos mayores tienen mayores porcentajes de población que reporta tener enfermedad aguda, recibir atención médica ambulatoria y haber sido hospitalizados; también reportan que los adultos mayores tienen los gastos de hospitalización más altos (Gráfica 2).



Características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores y su relación con la salud

Hasta ahora se ha planteado que la demografía tiene herramientas esenciales para determinar las necesidades de salud de la población actual y futura. Y que la dinámica demográfica puede afectar la salud pública en al menos dos maneras: el tipo de problemas de salud que se plantean y las necesidades futuras de servicios de salud.

En esta sección se establece que las características sociodemográficas de los individuos están estrechamente relacionadas con sus condiciones de salud. En la literatura se señala que los individuos con mayor escolaridad, ingresos más altos y mejores ocupaciones tienen mejores condiciones de salud y viven más.

Con respecto a la población y de acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda de 2010, en total hay 112.3 millones de habitantes, de los cuales 10 millones de personas tienen 60 años y más. Entre la población de adultos mayores, 53.5% son mujeres y

46.5% hombres; por grupos de edad, 72.7% tiene entre 60 y 74 años, 20.3% entre 75 y 84 años y el restante 7.0% tiene 75 años y más; por lugar de residencia, 26.2% viven en localidades con menos de 2,500 habitantes y 73.8% en localidades con 2,500 o más habitantes. Además, el acelerado envejecimiento demográfico se hace evidente al revisar el grupo que tiene entre 50 y 59 años de edad, en 2010 suman 8.9 millones de personas, es un grupo numeroso y da cuenta de una posible carga futura en las edades avanzadas, por ejemplo 8.9% ya presenta algún grado de discapacidad.²⁰

Sexo

La vejez tiene rostro femenino, pues según los resultados encontrados en el Censo de Población de 2010, los índices de feminidad van desde 112 mujeres por cada 100 hombres en el grupo de 60 a 74 años, hasta 135 mujeres por cada 100 hombres en el grupo de 85 años y más. La mayor sobrevivencia de las mujeres generalmente va acompañada de características no siempre favorables, este grupo de población tiene

mayores porcentajes de analfabetismo (28.7 vs 19.9% de los hombres), una cantidad mayor de enfermedades, mayor discapacidad y menos derechos de seguridad social.

Estudios realizados en diversos países del mundo han demostrado que en la vejez los problemas de salud son diferentes por sexo, “los hombres tienden más a padecer enfermedades agudas que requieren hospitalización, mientras que las mujeres sufren enfermedades crónicas que, pese a no poner en peligro la vida, pueden provocar discapacidades. Además las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud”.²¹

Educación

Aunque en los últimos años se ha dado un aumento de la escolaridad entre las cohortes que alcanzan la edad 60 y más, el promedio de escolaridad aún es bajo, en 2010 es de 4.6 años mientras que en 2000 fue de 3.3 años. Este incremento en la escolaridad de las cohortes más jóvenes hace suponer que las condiciones económicas y de salud mejorarán en los siguientes años. La educación es un elemento importante para lograr un mejor estado de salud poblacional, desde la infancia se trazan las posibilidades de un mejor empleo, seguridad social, prestaciones, y acciones mejor razonadas en cuanto al cuidado de la salud; diversos estudios han encontrado que: un individuo con mayor educación posee una mayor expectativa sobre su vida y una mayor comprensión sobre los posibles problemas de salud que pudiera sufrir a lo largo de ella, y por lo tanto presenta un umbral superior de respuesta y mejor cuidado de su salud, que lo lleva a percibir con mayor seriedad algunas enfermedades.

Participación económica

Alrededor de una tercera parte de la población de 60 años y más aún trabaja, y de ellos 37.4% lo hace en el mercado informal. Ante la falta de un empleo formal la población carece de pensiones y seguridad social.²² En 2006 poco más de la mitad (56%) de la población de 60 años y más era derechohabiente de los servicios de salud, sólo uno de cada cinco recibía pensión, con el agravante de que en la gran mayoría de los casos los montos son insuficientes para satisfacer las necesidades de este grupo, pues 80% de las pensiones que otorga el IMSS no superan 1.5 salarios mínimos.²³

Por lo general, los ingresos y el ahorro de la población son insuficientes para vivir una vejez digna sin depender

de un trabajo adicional o de ayuda familiar.²⁴⁻²⁶ Por lo tanto, es posible que para aquellos que alguna vez trabajaron, mantenerse inserto en la actividad productiva sea una de las prioridades ya que en situaciones de pobreza por escasez de recursos, falta de pensión o jubilación, los ingresos por trabajo representan una fuente obligada de ingresos.

Familia

El hogar es una de las fuentes principales de intercambios afectivos y de apoyo material y económico, por lo que el tipo de arreglo residencial que tienen los adultos mayores impacta directamente en su salud y calidad de vida. Los arreglos residenciales están afectados por el tipo, tamaño y la composición etaria del hogar y también por el estado de salud del viejo y sus familiares. Las enfermedades crónicas, en particular aquellas que generan mayor discapacidad, dificultan la realización de las actividades cotidianas del diario vivir entre la población que tiene diagnosticada al menos una enfermedad, es más alta la probabilidad de reconfigurar las formas de convivencia familiar, ya sea que se incorporen nuevos miembros al hogar del adulto mayor enfermo o que sea él quien se cambie de hogar o vivienda.

Las características anteriores permiten identificar grupos vulnerables: las mujeres, los menos educados, los que tienen menos recursos económicos y los que no tienen familia. Es importante identificarlos porque las personas en condiciones de vulnerabilidad tienen menor acceso a los servicios de salud en su conjunto; tienen mayor probabilidad de enfermar y morir respecto de aquellas personas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Además, la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas; y las políticas de salud deben incorporar a sus intervenciones los determinantes sociales de la salud con la finalidad de reducir los problemas sanitarios y la desigualdad en salud.

Estado de salud

Junto con las características demográficas, a continuación se presentan algunas sobre el estado de salud de la población y del sistema de salud para complementar la visión general. En México los indicadores del sistema de salud no son los óptimos con respecto a los niveles presentados por los países miembros de la OCDE; en 2008 se destinó 5.9% del producto interno bruto (PIB)

para el gasto en salud, es una de las inversiones más bajas; en 2007 el gasto *per capita* en salud no supera los 1,000 dólares y el promedio en la OCDE es de 3,000; se tiene el porcentaje más alto de gastos de administración en relación con el gasto total en salud con 12%, el promedio en la OCDE es 4%; el gasto de bolsillo por familia es el más alto, representa casi 50% del gasto total en salud.

De las condiciones de salud en las que se debe poner énfasis son en las enfermedades crónicas, la discapacidad y la atención a la salud. El cambio en el perfil epidemiológico, el paso de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas, plantea un escenario nunca antes visto en México, en especial el incremento de la sobrevivencia con deterioros en el estado de salud y en un segmento más grande de la población conforme se avanza en la transición demográfica. “Las enfermedades crónicas han desplazado a las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte, estas condiciones concentran ahora más de 65% de todas las defunciones en este grupo de edad, destacan la diabetes, las enfermedades isquémicas del corazón, la enfermedad cerebro-vascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica”.²⁷

Las enfermedades crónicas también son las principales causas de morbilidad y están entre las más costosas. Con datos de la Ensanut 2006 se calcula que aproximadamente 52% de las personas mayores de 60 años a nivel nacional tienen por lo menos una enfermedad crónica, y 20% tienen al menos dos; ciertamente los avances médicos y la accesibilidad a los servicios de salud han reducido sus efectos, aún no se han logrado modificar los hábitos que causan o agravan estas enfermedades. Con datos de la Enasem se encontró que entre la población de 60 años y más 44.2% alguna vez fumó y 15% actualmente fuma, 72.6% no realiza ejercicio físico, 57.2% tiene sobrepeso u obesidad y 24.8% consume alcohol ocasionalmente, con importantes diferencias por sexo, edad y tamaño de localidad de residencia.

En México, el 20.7% de la población de 60 años y más reportaron tener una discapacidad en el año 2010. Se espera que las condiciones de salud mejoren y que los adultos mayores sean capaces de vivir independientemente, pero debido al envejecimiento poblacional los requerimientos de cuidados formales e informales se incrementarán.

Entre 1991 y 2005 los egresos hospitalarios de las personas mayores aumentaron en los hospitales

públicos del país; paralelamente la demanda de servicios ambulatorios también se está incrementando. En el IMSS 30% de las consultas externas otorgadas en 2002 correspondieron a personas de este grupo de edad y se debe enfatizar que el porcentaje de población de 60 años y más representa 7% de la población total en 2000. Dentro de los principales motivos de consulta destacan la hipertensión arterial, la diabetes, las infecciones respiratorias agudas, artritis y artrosis.

La población de este grupo de edad utiliza servicios de salud con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población y los servicios que requiere son por lo general más costosos.²⁷ De acuerdo con información de Ensanut 2006, una de cada 13 personas de 65 años y más se hospitalizó, cifra que contrasta con el uno de cada 25 que presenta el grupo de población de 15-64 años.

Con esta información en mente, se puede concluir que efectivamente el envejecimiento demográfico en México es un reto y presenta desafíos, éstos incluyen, a) presiones en sistemas de pensiones y seguridad social, b) aumento de la demanda de atención de la salud, c) mayor necesidad de formación del personal en geriatría y gerontología, d) aumento de la demanda de cuidados a largo plazo, particularmente en el tratamiento de la demencia, y e) asegurar los derechos y generar oportunidades para los otros adultos mayores.

Es evidente que las condiciones sociodemográficas de la población, las condiciones del sistema de salud, la prevalencia de las enfermedades crónicas, y las tasas de utilización de servicios por parte de la población de adultos mayores generan ciertas complicaciones que deben ser abordadas integralmente para mejorar el estado de salud de la población.

A continuación se presenta un ejercicio sencillo sobre el posible efecto del cambio en la estructura por edad en las demandas de atención a la salud. En el ejemplo se utiliza el promedio de días-estancia para hombres derechohabientes en el IMSS en 2005, los supuestos son a) se mantiene el porcentaje de población derechohabiente y b) que el promedio de días-estancia también se mantiene. Es decir, si el porcentaje de población masculina derechohabiente y el promedio de días estancia se mantienen constantes, el incremento/decremento del total de días estancias se deberá al cambio en la estructura por edad.

Los resultados señalan que entre 2005 y 2050 la población total se incrementa en 19.5%, y que el número de días estancia en ese mismo período se incrementa

en 53.0%. Debido al cambio en la estructura por edad los días estancia disminuyen en las edades entre 0 y 44 años, y se incrementa en los grupos de 45 a 64 y 65 años y más. Así mientras que los días de estancia de los adultos mayores representan el 27.4% del total de días-estancia en 2005, en 2050 representarán más de la mitad con 56.1%. Una vez más se hacen evidentes las presiones que el envejecimiento demográfico impondrá a los sistemas de salud (Tabla).

Conclusiones

Durante la segunda mitad del siglo XX abatir los problemas de salud fue difícil por el rápido crecimiento demográfico. Los principales problemas eran proveer de alimentos, agua potable, drenaje, y servicios de salud adecuados a un número creciente de población. La pobreza como factor importante en el proceso enfermedad-salud tuvo mucho que ver con los problemas socioeconómicos asociados con el crecimiento poblacional. Además del alto crecimiento demográfico, la baja inversión en el sector salud contribuyó a los bajos niveles de salud que se alcanzaron en el país.

El envejecimiento poblacional cobra importancia ante la dinámica demográfica que se presenta en México, de rápido crecimiento de los adultos mayores, la feminización de la vejez, los bajos niveles de escolaridad de este grupo de población,²⁸ la falta de seguridad social que los obliga a mayor participación económica pero con las desventajas de estar insertos en el mercado informal. Estas características que se acentúan ante el retiro del Estado en la economía, la privatización y la desregulación de los servicios públicos, con lo que se ha suscitado una mayor indefensión, desigualdad, pobreza, vulnerabilidad, exclusión e inseguridad social.²⁹

Desde la demografía y los estudios de población, en los últimos años se ha puesto énfasis en la dinámica demográfica y su relación con la salud. Las investigaciones giran en torno a enfermedades y capacidad funcional. Poco se ha reflexionado sobre el futuro demográfico y los cambios en las estructuras por edad en función de los recursos disponibles, que deberán

ser distribuidos entre generaciones y grupos sociales, tratando de maximizar sus beneficios, lo cual pudiera crear conflictos entre grupos de edad.

Las necesidades de salud de la población mayor de 60 años constituyen motivos de preocupación e incertidumbre según estimaciones de Conapo, un individuo que llegó sin discapacidad a los 60 años, vivirá en promedio 2.5 años con algún tipo de discapacidad. Esta cifra aumenta a 3.1 años en las mujeres, cuya esperanza de vida a esa edad es de 22.1 años.

Cada vez con mayor fuerza se advierte sobre las consecuencias a medio y largo plazo que tendrá el proceso de envejecimiento demográfico en México, con cambios en las demandas sociales, en las relaciones familiares, y en las presiones económicas y de salud que tendrán que enfrentar las familias y las instituciones públicas.^{12,30-31}

El propósito de este artículo ha sido el de destacar las áreas que consideramos la comunidad académica, médica, política y social debe tener en cuenta sobre los determinantes demográficos del envejecimiento poblacional. Hacer evidente la necesidad de reconocer y hacer planes para un incremento de la morbilidad crónica y discapacidad. Que es importante contar con estrategias que permitan manejar las complicaciones que pudieran surgir en la población de adultos mayores.

En este momento hay más preguntas que respuestas sobre el impacto del cambio en la estructura por edad de la población tendrá sobre los sistemas de salud y en su reconfiguración. En lo que sí hay certeza, es en la necesidad de un plan integral de investigación sobre el envejecimiento, que incluya temas como: el envejecimiento saludable desde la perspectiva de ciclo de vida, servicios de salud y la prestación de servicios, los costos asociados con el envejecimiento poblacional, las enfermedades crónicas y discapacidad, gastos catastróficos ocasionados por deterioro en el estado de salud, causas de muerte y muertes evitables, entre otras. A su vez, estos elementos apuntan a la importante necesidad de capacitar a un número suficiente de científicos relacionados con la promoción de la salud, con la población y sus características, a formar profesionales de atención geriátrica y gerontológica.

| Edad (años) | 2005 | | Derechohabiente del IMSS | | | | Proyecciones 2050 | | | Porcentaje de días de estancia por grupo de edad | |
|-------------|---------------|-------------|--------------------------|-------|------------------------|------------|--------------------------|---------------|-------|--|------|
| | Días-estancia | Pob. Conteo | Población | | Promedio días-estancia | Población | Derechohabiente del IMSS | Días-estancia | | 2005 | 2050 |
| | | | Población | % | | | | 2005 | 2050 | | |
| <1 | 444,915 | 953,071 | 274,843 | 28.8% | 1.62 | 687,147 | 198,157 | 320,776 | 12.2 | 4.1 | |
| 01 a 04 | 178,685 | 4,222,842 | 1,278,704 | 30.3% | 0.14 | 2,751,227 | 833,089 | 116,415 | 4.9 | 1.5 | |
| 05 a 14 | 235,114 | 10,885,037 | 3,100,641 | 28.5% | 0.08 | 7,024,174 | 2,000,861 | 151,720 | 6.4 | 2.0 | |
| 15 a 44 | 859,762 | 23,043,965 | 7,579,587 | 32.9% | 0.11 | 20,980,454 | 6,900,860 | 782,773 | 23.6 | 10.1 | |
| 45 a 64 | 928,237 | 7,089,638 | 2,301,767 | 32.5% | 0.40 | 15,534,156 | 5,043,418 | 2,033,867 | 25.4 | 26.2 | |
| 65 y más | 1,000,786 | 2,649,203 | 992,215 | 37.5% | 1.01 | 11,543,103 | 4,323,278 | 4,360,623 | 27.4 | 56.1 | |
| Total | 3,647,499 | 48,843,756 | 15,527,757 | 31.8% | 0.23 | 58,520,261 | 19,299,662 | 7,766,174 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: elaboración propia con base en información de la SSA, INEGI y Conapo.

Referencias

1. Joubert, J. y Bradshaw, D., Population ageing and health challenges in South Africa, en Steyn, K.; Fourie, J. y Temple, N. (eds.), *Chronic Diseases of Lifestyle in South Africa: 1995-2005*. Technical report, Cape Town, South African Medical Research Council, 2006: 204-219.
2. Consejo Nacional de Población, 8.5 millones de mexicanos tienen 60 años y más. Comunicado de prensa 30/07/2007, México, Conapo.
3. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México, Secretaría de Salud, 2007.
4. Debido a que se está analizando un período amplio, existen diferencias en el corte de edad utilizada para describir a la población envejecida y para construir ciertos indicadores. Conforme se ha avanzado en la transición demográfica en México, parece más pertinente utilizar el corte de 60 años; sin embargo, en algunos indicadores como el de dependencia económica, se utiliza el corte de 65 años debido a que es la edad de la jubilación.
5. Manton, K. y Stallard, E., *Medical Demography: Interaction of Disability Dynamics and Mortality*, en Martin, L. y Preston, S. (eds.), *Demography of aging*, Washington D.C., National Academy, 1994.
6. Chesnais, J., *El proceso de envejecimiento de la población*, Santiago, Chile, Centro Latinoamericano de Demografía, 1990.
7. Campos Ortega, S., Cien años de mortalidad en México, *Demos*, Carta Demográfica sobre México, 1997; 10: 11-13.
8. La transición demográfica se define como el proceso por el cual las poblaciones pasan de una situación caracterizada por niveles elevados y sin control de mortalidad y fecundidad a otra de niveles bajos y controlados, y que tiene como una de sus consecuencias la alteración de la estructura por edad de la población.
9. Aguirre, A., *Cambios en la mortalidad infantil*, *Demos*, 1997; 10.
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Mujeres y Hombres en México*, Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas, INEGI/Instituto Nacional de las Mujeres, 14ª ed., 2010.
11. Cabrera, G., *Demographic dynamics and development: the role of population policy in México*. *Population and Development Review*. Supplement: The New Politics of Population: Conflict and consensus in family planning, 1994, 20: 105-120.
12. Ham-Chande, R., *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*, México, El Colegio de la Frontera Norte, 2003.
13. Wong, R., Espinoza M. Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México, *Papeles de Población*, 2003; 37.
14. Fries, J., Aging, natural death, and the compression of morbidity, *New Engl. J. Med.*, 1980, 303: 130-135.
15. Kramer, M., The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980, 62 (Suppl. 285): 282-297.
16. Casado-Martín, D., *Efectos y abordajes de la dependencia: un análisis económico*, Barcelona, Masson, 2006.
17. Andrade, F., Estimating diabetes and diabetes-free life expectancy in Mexico and seven major cities in Latin America and the Caribbean, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2009; 26 (1): 9.
18. Consejo Nacional de Población, en 2007 la población del país llegará a los 105.9 millones. Comunicado de prensa 53/06/2006, México, Conapo.
19. González-González, C., *et al.*, Health care utilization in the elderly Mexican population: Expenditures and determinants, *BMC Public Health*, 2011, 11: 192.
20. El censo Mexicano de 2010 incluye un apartado sobre discapacidad, se pregunta a la población si en su vida diaria tiene dificultad para realizar las siguientes actividades: caminar o moverse, subir o bajar; ver, aun usando lentes; hablar, comunicarse o conversar; oír, aun usando aparato auditivo; atender el cuidado personal (vestirse, bañarse o comer); poner atención o aprender cosas sencillas; o si tiene alguna limitación mental.
21. Casado Martín, D. y Guillén López i Casasnovas, *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*, Barcelona, Fundación la Caixa, 2001.
22. También hay que considerar la población que nunca ha trabajado, una parte no tiene acceso a seguridad social y los que la tienen es a través del cónyuge o hijo. Datos calculados con Enasem 2001, muestran que 1.1% de los hombres y 34.8% de las mujeres de 60 años y más nunca han trabajado.

23. Ramírez, B., Envejecimiento demográfico, seguridad social y desarrollo en México. Efectos económicos de los sistemas de pensiones, en Ham Chande, R. y Ramírez, L. B. P. (coords.), 1a. ed., pp. 47-96. Tijuana, Baja California, El Colegio de la Frontera Norte, México, D.F., Plaza y Valdés, 2006.
24. Montes de Oca, V., Las personas adultas mayores y sus apoyos informales, Demos, 2001, 14.
25. Jewell, T.; Rossi, M. y Triunfo, P., El estado de salud del adulto mayor en América Latina, Montevideo, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Economía, 2006, 23.
26. De la Peña, J., Impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia, Papeles de Población, 2003, 35: 47-78.
27. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud, México, 2001.
28. Las cohortes más jóvenes están más educadas, así lo muestran los datos del XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. De la población de 60 años y más alrededor de 30% son analfabetas, del grupo de 55 a 59 un 20.5% y en el grupo de 50 a 54 la proporción disminuye a 15.8%.
29. Viveros, A., Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: Políticas públicas y las acciones de la sociedad, Santiago de Chile, CELADE, 2001.
30. Barrantes, M., *et al.*, Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública, México, 2007, 49 (Supl. 4): 459-466.
31. Bernabeu, J. y Robles, E., Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria, Política y Sociedad, 2000, 35: 45-54.



Seguridad económica en la vejez

*Roberto Ham Chande**
*Berenice Ramírez López***

Envejecimiento y dependencia

El envejecimiento de una persona o de una sociedad admite varias definiciones. La más utilizada es la de una edad alcanzada, esa que suponemos lo suficientemente alta para considerar que se ha llegado a la vejez. Así se dice que es de 60 y más años de edad, o a partir de 65, o de 70, o de cualquier otra edad dependiendo de lo que se esté considerando. Esta manera de definirla tiene dos ventajas. Una es que es simple, intuitiva y sin ambigüedades. Otra es que las estadísticas por edades siempre existen, particularmente las censales y esto da idea inmediata del tamaño de la población envejecida, junto con sus características sociales y económicas de acuerdo con las múltiples variables que en el censo se captan.

Sin embargo, la esencia sobre el envejecimiento como objeto de políticas sociales no es la acumulación de la edad. Lo que importa es la *dependencia* en la que esta parte de la población puede caer. En correlación con el avance de la edad se presentan condiciones adversas de salud de tipo crónico, degenerativo y discapacitante, e inadaptabilidad ante cambios sociales y tecnológicos que paulatinamente y a veces de súbito, conducen a las personas envejecidas a la dependencia. De esta manera, más que por una edad avanzada alcanzada, la vejez puede definirse de modo funcional como el estado de dependencia en razón de la mucha edad, ya sea sobre la familia o sobre la sociedad en general.

Una de las principales formas de dependencia es la económica, cuando por razones de vejez se pierde la capacidad de trabajar y con ello viene la mengua en el ingreso. Otro motivo que atañe principalmente a las

mujeres en la vejez es la pérdida de sostén económico por viudez. La seguridad económica es necesaria para la calidad de vida de cualquier persona, influye en las relaciones familiares y es parte del bienestar social. De esta manera, el efecto del incremento en la dependencia económica debida al creciente envejecimiento es motivo de atención y objeto de políticas públicas. La seguridad económica en la vejez es el tema de este artículo.

Modalidades de la seguridad económica

Un primer punto examina las formas de construir seguridad económica para la vejez, antes de que ésta llegue y mientras aún se está activo. Históricamente, desde el pasado lejano y común a todas las culturas, se ha confiado y cimentado el sostén en la vejez a través de hijos y de la familia. En épocas más recientes, principalmente durante el siglo XX, se ha instituido el compromiso de apoyo por parte del Estado, siguiendo principios de solidaridad entre clases sociales y entre generaciones, a través de políticas públicas, pensiones de retiro y atención a la salud. Otra forma es acumular recursos en un ahorro durante la vida activa para utilizarlos cuando la vejez imponga la inactividad. Cada una de estas modalidades tiene características propias, con fundamentos, posibilidades e implicaciones diferentes.

El apoyo que proporcionan los hijos se basa en el afecto filial y está determinado en gran medida por modalidades culturales o tradiciones con gran firmeza social e inherentes a la humanidad, pero también está condicionado por las circunstancias y posibilidades

* *Doctor en Demografía. Director del Departamento de Población, Colegio de la Frontera Norte.*

** *Maestra en Estudios Latinoamericanos y doctorante en Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM.*

materiales de otorgar la ayuda. Está supeditado, además, a la calidad de las relaciones familiares construidas a lo largo del ciclo de vida. Existen asimismo legislaciones con previsiones jurídicas, pues los códigos civiles de las entidades federativas determinan las obligaciones que tienen los hijos y la familia de sostener a los padres y familiares envejecidos.¹

En la actualidad, disminuyen las posibilidades de apoyo filial y familiar a la vejez, debido al menor tamaño y diferente estructura de la familia, la urbanización y las condiciones de precariedad en el empleo y el ingreso.² Tiende a desaparecer la familia como unidad de producción, son más determinantes las leyes del mercado, se sustituyen las relaciones de solidaridad por la exaltación de los logros individuales y se hacen notar las desigualdades de género en las obligaciones del cuidado familiar.³ Esto incrementa la necesidad de mejores sistemas de seguridad social y el Estado debe asumir el aseguramiento de riesgos individuales mediante el manejo solidario de los recursos de la sociedad.⁴

La seguridad económica en la vejez de parte del Estado está principalmente constituida por el sistema de pensiones. Se trata de prestaciones apoyadas en contribuciones de trabajadores, empleadores y del financiamiento público, que pasan a ser derechos adquiridos vinculados con el mercado formal de trabajo. Entre las posibilidades de apoyo en la vejez, las transferencias por pensiones son bienvenidas como recursos sustitutivos del salario que se conceden a través de instituciones expresamente establecidas para esos fines. En intenciones deberían ser suficientes para mantener un nivel de vida adecuado, con independencia económica, como justa recompensa a una vida de trabajo que ha creado bienes materiales o culturales para provecho de las generaciones jóvenes. Así, la pensión es aceptada y exigida sin renuencia pues no se considera una dádiva sino un derecho adquirido, legislado y pactado; el cual es objeto directo de la administración pública, la negociación sindical, las previsiones sociales, el sistema económico y los intereses políticos. Sin embargo, ahora son evidentes y notorias las crisis financieras en los sistemas de pensiones que, a su vez, han hecho evidentes yerros sociales, económicos y políticos.

La tercera modalidad de sustento económico en la vejez es la acumulación de bienes durante las edades productivas para subsistir durante la vejez. En las circunstancias de México, en lo individual esta modalidad

no está al alcance de la gran mayoría. Sin embargo, ahora la seguridad social transita hacia el ahorro individual en capitalización financiera, que promete pagar los bienes y servicios requeridos para llevar una vida con bienestar en el retiro. Pareciera que en esta forma confluyen todas las virtudes. Más que una concesión o incluso un derecho, se trata de la propiedad personal de recursos, producto del esfuerzo individual, claramente identificado y debidamente contabilizado. Es parte del modelo de ciclo de vida, en el que la razón de ahorrar es la de distribuir el ingreso para el consumo sobre la totalidad de la existencia. Sin embargo, y por ser fruto del ahorro individual, es resultado de la situación económica personal a lo largo de la vida productiva, directamente relacionado con el estatus socioeconómico, los niveles salariales y la distribución del ingreso. La pobreza imperante y la inequidad en la distribución del ingreso no permiten esta forma de seguridad económica para la gran mayoría de la población activa. Además, depende de los instrumentos de ahorro y éstos están mostrando que son inadecuados.

Actividad económica en la vejez

Se esperaría que la participación laboral de la población envejecida se redujera por varias razones. Una es que en la vejez hay menores obligaciones de reproducción social y ya no se incurre en gastos relacionados con el trabajo y para el sostén y educación de los hijos. Otra es que las instituciones de seguridad social, incluido el ahorro individual institucionalizado, otorgan pensiones y jubilaciones, aunque cabe mencionar que en gran medida son limitadas en cobertura y estipendio. También es el tiempo de la aparición de enfermedades crónicas y discapacidades, lo que debilita las oportunidades de trabajo. Más sustancialmente, en el mercado laboral hay preferencias por edades más jóvenes y productivas. Finalmente existen algunos programas de apoyo económico por parte del gobierno pero apenas para una protección social mínima. De esta manera, persiste el hecho que la mayor parte de la población dependiente en edades avanzadas subsiste por la ayuda de familiares, particularmente de hijos. Aun así y debido a la insuficiencia de las ayudas y de todas las demás fuentes de apoyo juntas, existe un porcentaje importante de la población envejecida que se ve obligada a participar en actividades económicas. En sus condiciones, una gran parte lo hacen en actividades precarias del trabajo informal.

| Cuadro* | | | | | | |
|----------------|---------|------|------------|------|-------|------|
| Grupos de edad | Trabaja | | No trabaja | | Hogar | |
| | H | M | H | M | H | M |
| México | | | | | | |
| 65-69 | 55.2 | 16.8 | 42.8 | 14.8 | 2 | 68.4 |
| 70-74 | 43.1 | 11.9 | 54.4 | 19.2 | 2.5 | 68.9 |
| 75-79 | 33.2 | 7.8 | 63.7 | 24.6 | 3.1 | 67.6 |
| 80 y más | 18.5 | 3.9 | 77.7 | 42.1 | 3.8 | 54 |
| Rural | | | | | | |
| 65-69 | 64.3 | 14 | 33.4 | 8.4 | 2.3 | 77.6 |
| 70-74 | 50.9 | 10 | 46.3 | 13.6 | 2.8 | 76.4 |
| 75-79 | 41.4 | 7.5 | 54.8 | 19.8 | 3.8 | 72.7 |
| 80 y más | 23.3 | 4.3 | 72.6 | 40.6 | 4.1 | 55.1 |
| Urbano | | | | | | |
| 65-69 | 49.1 | 18.4 | 49.1 | 18.7 | 1.8 | 62.9 |
| 70-74 | 36.6 | 13.1 | 61.1 | 22.9 | 2.2 | 64 |
| 75-79 | 26.3 | 8.1 | 71.1 | 27.7 | 2.6 | 64.2 |
| 80 y más | 14.2 | 3.6 | 82.3 | 43.1 | 3.5 | 53.2 |

Fuente: elaboración propia con datos de la muestra de 10% del Censo General de Población y Vivienda. INEGI, 2010.⁵
* Incluye buscó trabajo, ya no trabaja, estudiantes, pensionados e incapacitados que no trabajan.

El Cuadro se elaboró con cifras del Censo General de Población y Vivienda de 2010⁵ y muestra la distribución porcentual de la población 65 y más dividida en grupos quinquenales de edad, identificando quienes *trabajan*, *no trabajan* o *se dedican al hogar*. En el grupo de 65-69, más de la mitad de los hombres (55.2%) trabajan y sólo 2.0% se dedican al hogar. Lo anterior conduce a relativizar el supuesto teórico de dependencia en la vejez, al menos durante los primeros años de ésta, y obliga a preguntar por qué estas personas siguen trabajando. Una acción necesaria sería estudiar la calidad y condiciones de estos empleos y si acaso requieren una planificación específica.

Por su parte, la mayor parte de las mujeres en este grupo de edad de 65-69 se dedica al hogar (68.4%). Hay que considerar que las mujeres en edades de 65 y más pertenecen a cohortes cuyas oportunidades de

participar en la actividad económica fueron reducidas, pues los roles de género propios de la organización social asignaban a las mujeres el cuidado del hogar y la crianza de los hijos.

Además de las condicionantes sociales y económicas, las cifras muestran que a partir de 75 años es significativa la pérdida de capacidades debido a limitaciones físicas o mentales que impiden trabajar. En el grupo de 80 y más sólo 18.5% de los hombres y 3.9% de las mujeres trabajan. En cambio, la población que no trabaja pero que pretende hacerlo en este grupo es más de 70.0% de la población masculina y más de 40.0% de la femenina. En todos los grupos de edad destaca la alta participación de las mujeres en las actividades del hogar, con alrededor de 68.0%, aunque ya en 80 y más descendiendo a 54.0%, seguramente también aunado a condiciones de incapacidad.

La situación actual de las pensiones

Las pensiones de retiro y de vejez forman parte de los sistemas de seguridad social, como tales deben cumplir varias condiciones para que sean un verdadero sistema de protección social y de desarrollo económico. En mención resumida, estas características deben incluir: ser de cobertura universal, ofrecer beneficios adecuados y suficientes, ser un sistema uniforme y equitativo, mantener sostenibilidad financiera, económica y social.

Desafortunadamente, ninguna de las cualidades mencionadas se cumple. Debe mencionarse que estas deficiencias no son recientes: aparecieron desde el inicio de la seguridad social, y todas y cada una amerita atención y enmienda. Sin embargo, la preocupación social y la discusión política para la búsqueda de soluciones recién comenzó cuando el sistema entró en crisis económica y se vio amenazada la permanencia financiera. Debe subrayarse que, desde las perspectivas actuariales, la viabilidad financiera siempre fue cuestionada. Hubo diagnósticos y advertencias que sistemáticamente fueron desechados, de manera que las crisis financieras actuales fueron anunciadas desde hace varias décadas atrás y no debieron ser sorpresa. Pero manejada como sorpresa se han ofrecido una variedad de explicaciones sobre la insostenibilidad financiera de las pensiones de retiro, incluidos el envejecimiento demográfico, el desvío de recursos, la corrupción y la mala administración.

En realidad las causantes principales son de otro tipo. Por una parte, siempre ha habido una brecha entre los ingresos de la seguridad social y los costos de los beneficios que otorga. Esto es que, al margen de los beneficios sociales, lo que se concede financieramente, incluso en los beneficios más modestos, siempre ha sido más costoso de lo que la contraparte de las contribuciones.⁶ Otra circunstancia agravante es que los beneficios no fueron universales sino segmentados. Se acapararon por sindicatos y grupos organizados de interés corporativo, con notorios casos de beneficios de privilegio, que desbordan el papel de la seguridad social como protección ante las contingencias económicas de la vejez, para convertirse en beneficios de excepción.⁷ De esta manera, se ha llegado a la imposibilidad de cubrir las obligaciones adquiridas, tal como se señala y se mide a través del monto de la deuda pública por pensiones. Por otra parte, se ofrecen ahora soluciones de capitalización individual que no sólo no ofrecen seguridad económica sino que agravan la si-

tuación. Este tipo de circunstancias no se advierte solamente en México, sino también en países que le antecedieron en experiencias similares.⁸

Las pensiones de retiro como demanda de la producción futura

Desde el punto de vista exclusivamente financiero, los sistemas de retiro funcionan entre los dos extremos conocidos: el de beneficios definidos en un esquema de reparto y el de contribuciones definidas con capitalización individual. En la práctica lo que se ha dado es una mezcla de ambos métodos. Predominaba la forma de reparto y la tendencia actual es hacia el ahorro individual que se promueve ahora como la solución no sólo de sostenibilidad financiera, sino también como la forma de cumplir con las demás características deseables de la seguridad social. Sin embargo, tal y como se ha instrumentado, dista mucho de ofrecer una verdadera seguridad económica para el retiro y la vejez e incrementa las deficiencias sociales y económicas.

El esquema de pensiones mirado únicamente como transferencias financieras resulta insuficiente, según se parte de la siguiente proposición. Cuando se piensa en el curso de vida con una etapa final sin producción pero necesariamente con consumo, también debe reflexionarse *en el nivel macro* sobre el tipo, la pertinencia, la cantidad y el origen de los bienes y servicios que demandan las personas en retiro. En última instancia no es el dinero en sí lo que importa, sino lo requerido en vivienda y sus servicios, alimentación, atención a la salud, cuidados de largo plazo, entretenimiento y todas las mercancías y servicios que hacen posible y vivible la vida diaria durante la vejez. El punto a destacar es que, como cualquier otra demanda, *lo que se va a requerir son productos que en su casi totalidad deberán producirse al momento del consumo*, y que no es posible adquirir para almacenarlos durante la vida productiva y usarlos posteriormente durante el retiro. De esta manera, tanto el consumo y el bienestar material de trabajadores, sus dependientes y también de los jubilados dependen del trabajo y de la productividad de la población activa del momento.⁹⁻¹⁰

Dicho de otra manera, *independientemente del sistema financiero, en realidad todas las pensiones finalmente son parte del reparto de la producción económica de bienes y servicios del momento.*¹¹ Las cuestiones que surgen y realmente importan son, en primer lugar, cómo alcanzar la productividad necesaria para garantizar el bienestar

de los activos y la producción extra que requieren las personas en retiro, lo segundo es acerca de cómo hacer el reparto, delimitando quién tiene derecho a qué y en qué cantidades. Dentro de este esquema, es necesario considerar cuáles son las condiciones de los sistemas de pensiones que favorecen al conjunto general económico y social y cuáles son las que lo ponen en riesgo.¹²

Mercado laboral y pensiones

El mercado laboral tiene relación directa con las pensiones de retiro. Sólo quienes se ubican en el mercado formal de trabajo, y son asegurados de alguna institución pública que mantiene el beneficio definido, tienen expectativa de jubilarse. Las reglas establecen un mínimo de años de servicio, una edad mínima o una combinación de ambos requisitos. El monto de la pensión se determina de acuerdo con la evolución salarial reciente. Algunos trabajadores hacen aportaciones junto con sus empleadores como son los afiliados al IMSS, los trabajadores del IMSS, los asegurados del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los inscritos a instituciones estatales, municipales y universidades públicas. La tasa de reemplazo que expresa en qué medida la pensión sustituye el ingreso como activo es en promedio muy baja. Los afiliados del IMSS que se han jubilado con la ley anterior a la reforma de 1997 reciben un promedio del 25% de su último salario y las proyecciones de las pensiones derivadas de la capitalización individual son más bajas.¹³

La mayor parte de los campesinos, de trabajadores independientes y del sector informal están al margen de la seguridad social y carecen de protección para el retiro. Desafortunadamente, la informalidad laboral ha venido aumentando en México, al igual que en el resto de América Latina. Un dato ilustrativo es que el empleo informal considerado como el total de puestos informales en empresas del sector informal, formal y de los hogares ha fluctuado entre 2005 y 2011 entre el 52 y 59% del empleo superando al empleo formal, el que ha representado entre el 40 y 47%.¹⁴

Para el segundo trimestre de 2010, se registraron 26 millones 162 mil empleos informales frente a 17 millones 473 mil formales.¹⁵ Un dato más que muestra la crisis de la seguridad social contributiva la ofrece el número de empleos generados por el IMSS. De 1994 a julio de 2011, los trabajadores asegurados en el IMSS pasaron

de 9.9 millones a 15.2 millones, lo que representa un promedio de 311 mil empleos por año, cuando la población económicamente activa está creciendo en un millón doscientos mil por año.

La reestructuración del sistema de pensiones

Ante la crítica situación que enfrentan las pensiones públicas, hacer una propuesta para mejorar el futuro de los sistemas de pensiones no es tarea sencilla. En primer lugar, es necesario que se reconozcan las deficiencias del sistema. Después deben coincidir múltiples voluntades en un conjunto de acciones concertadas a partir de la revisión de antecedentes, el diagnóstico de la situación y la construcción de un esquema factible y adecuado a las condiciones y posibilidades. Como parte de las consideraciones, a continuación se comentan algunos elementos y antecedentes de importancia para este propósito.

Las experiencias y las propuestas para reestructurar las pensiones de retiro en varios pilares conducen a consideraciones de gran complejidad.

El pilar 0 establece la cobertura para toda la población mayor de cierta edad. Por ejemplo, que a partir de los 70 años se otorgue una ayuda de 50% de un salario mínimo. Se puede hacer una estimación del costo con las proyecciones de población de Conapo.¹⁶ Si la proporción beneficiada fuese 25% del total, se requerirían 7,442 millones de pesos en 2005 y la cantidad aumentaría gradualmente hasta 42,950 millones de pesos en 2050. Si la proporción fuese 50%, las cifras anteriores se duplicarían, y para 75% serían de 22,336 millones de pesos en 2005 y ascenderían a 128,850 millones de pesos en 2050. Las cantidades son a precios constantes de 2005 y sin incremento alguno del salario mínimo en el período analizado. Estos montos permiten apreciar la magnitud que implican estos apoyos. Por ello, es muy importante asegurar la disponibilidad futura de los recursos antes de establecer tal compromiso.

El pilar 1 ya se encuentra en operación en el sistema de cuentas individuales. Un ejemplo es el de las pensiones mínimas garantizadas para quienes no reúnan los fondos suficientes en cuenta individual. Una consideración la merecen los trabajadores de 65 que no hayan completado las 1,250 necesarias para tener derecho a la pensión por retiro. Es importante definir si los integrantes actuales son los mismos que debieran formar parte de este pilar

bajo las reglas vigentes. Las desfavorables experiencias que se anticipan para quienes perciben entre uno y tres salarios mínimos ameritan un tratamiento distinto al previsto.

Bajo el *pilar 2*, como régimen de cuenta individual se deja una gran parte de la responsabilidad en los propios trabajadores. Cabe el cuestionamiento sobre la capacidad para asumir tal responsabilidad, ya que se trata de un sistema complejo con reglas y términos de difícil comprensión para la gran mayoría, lo cual genera una asimetría en la toma de decisiones. En forma complementaria, habrá que evaluar el papel regulador que ha jugado el Estado. Finalmente, el costo administrativo es muy elevado, particularmente para la gran mayoría de trabajadores que perciben bajos salarios. A fin de cuentas la población entera a través de impuestos, serán quienes cubran la garantía de la pensión mínima, lo cual indica otra responsabilidad, en este caso de naturaleza fiscal.

En *el pilar 3* se considera la acumulación de contribuciones definidas hechas en forma voluntaria, ya sea de modo personal, colectivo a través de alguna agrupación quizá gremial, sindical u organizada y financiada desde la empresa en planes de ahorro para auxiliar en el retiro.

El último *pilar 4* no es un elemento directamente financiero, pero reconoce que beneficios como la atención a la salud, la escolaridad, las relaciones familiares y el entorno social son parte de las necesidades vitales y del bienestar de la población en edades avanzadas. Son factores que terminan incidiendo en las necesidades económicas y, sobre todo, en la capacidad de sufragarlas. Una mejor salud, y su correlación con la escolaridad, minimizan gastos de atención ante enfermedades e incapacidades, así como otorga mayor capacidad de trabajo y de ingresos. Las buenas relaciones familiares son causa de bienestar y fuente potencial de transferencias en momentos de necesidad.

Inequidad de los sistemas actuales

De acuerdo con estudios actuariales, en la exposición de motivos del proyecto de presupuesto de egresos 2011, se proyecta para el período 2012-2016 que las obligaciones pensionarias crecerán en tasas reales anuales 6.7% en Pemex, 7.5% en la Comisión Federal de Electricidad. En el IMSS el régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) aumentará en una tasa real de 10.1% y las pensiones en curso de pago 8%. En el ISSSTE se

aplica un crecimiento real de 15%, lo que implica que el gasto en pensiones durante el período 2012-2016 aumente del 2.3 al 2.9% del PIB.¹⁷

El porcentaje del presupuesto de egresos de la federación para pago de pensiones ha ido creciendo representando el 9% en 2011, y difícilmente se podrá ofrecer alguna cobertura adicional sin modificar las reglas actuales. Prevalece una gran inequidad, ya que mientras menos del 20% de los mayores de 65 años tienen una pensión, hay gran gasto en pensiones de privilegio, de elevado monto y con temprana edad al retiro.

Inversión de las cuentas individuales

Las afores canalizan los fondos para que sean invertidos por las Sociedades de Inversión de los Fondos de Pensión (Siefores), las que son reglamentadas por la Comisión Nacional de Ahorro para el Retiro (Consar). La reglamentación está orientada a la protección de los ahorros de los trabajadores, aunque éstos no reciben garantía de rentabilidad. Hasta noviembre de 2011, la cartera total de las Siefores con valor de un billón 567,447 millones de pesos se distribuye de la siguiente manera: 58.3% invertida en valores gubernamentales, 8.4% en deuda variable nacional, 10.0% en deuda variable internacional, 17.7% en deuda privada nacional, 2% en estructurados y 3% de deuda internacional. Esta distribución permite observar que los fondos de pensiones siguen canalizándose en forma mayoritaria a valores gubernamentales, las cuotas de los trabajadores vuelven al Estado, aunque para recibirlos éste ha tenido que aumentar su deuda interna y destinar recursos para solventar un porcentaje importante en comisiones y en otro tipo de inversiones. La canalización de los fondos de pensiones a inversión productiva es mínima y destaca la orientada a corporaciones, empresas grandes vinculadas principalmente con el sector alimentos, cemento, automotriz y vivienda.

Otro de los resultados evidentes de la inversión de los fondos de pensiones es la alta rentabilidad obtenida por las administradoras privadas a costa del trabajador, debido al alto cobro administrativo. Esta situación, advertida por los organismos internacionales,¹⁸ ha dado lugar a la eliminación de la comisión sobre flujo (2008) y la disminución de la comisión sobre saldo, pero ello se efectúa después de 11 años de altas comisiones y cuando los que han ahorrado ya un fondo considerable tienen que pagar ahora comisión sobre el saldo acumulado.

Una de las consecuencias más graves del actual sistema de pensiones es que la responsabilidad para obtener una pensión depende exclusivamente del trabajador. Contar con empleo, salario, y continuas aportaciones, más ahorro adicional por más de cuarenta años se convierte en la única posibilidad de contar con algún ingreso en la vejez. Actualmente la Consar registra más de 40 millones de cuentas cuando se contabilizan 18 millones de asalariados. Ante esta discordancia de números, en el Informe que entrega al Senado¹⁹ señala que para el primer trimestre de 2011 las cuentas inactivas llegaron a 20 millones 228 mil, es decir que no recibieron aportaciones durante un lapso de tres años. Ante un mercado laboral de bajo dinamismo y con un creciente número de empleos informales, la densidad de cotización²⁰ es baja y augura pocas pensiones en el futuro. Con una densidad de cotización de 50%, como la que registra el país en los últimos años, la tercera parte de los trabajadores que han cotizado conforme a la Ley 1973 no tendrían derecho a una pensión de retiro, cesantía y vejez (RCV), por acumular menos de las 500 semanas requeridas. En cuanto a la Ley 1997 (1,250 semanas), sería un 58% quienes estarían en una situación similar y 45% los que no alcanzarían el beneficio de la atención a la salud (se requieren aportaciones de al menos 750 semanas).²¹

Haber realizado los ejercicios anteriores muestra que la capitalización individual de administración privada como único sistema de pensiones, conlleva el riesgo de que muy pocos trabajadores podrán acceder a una pensión y aquellos que reúnan los requisitos serán de poco monto. Se ha construido un sistema con bajas aportaciones, que ante un mercado laboral heterogéneo y con poca creación de empleo protegido, determina bajas densidades de cotización. Si a ello le sumamos el impacto de la rentabilidad y de los costos de las rentas vitalicias, el panorama es desalentador y cancela por esta vía la deseada cobertura universal.

Aspectos sociales y políticos de una reestructuración

Hasta el momento se han realizado diversas versiones de las valuaciones actuariales y los diagnósticos financieros sobre las pensiones de retiro y sus prospectivas. Esos estudios muestran diferencias de acuerdo con los supuestos actuariales que se adopten, principalmente sobre tasas de interés. Pero todos los que se basan en hipótesis razonables llegan a conclusiones comunes

respecto a la crisis y déficit del sistema. Los modelos de prospectiva y las estimaciones señalan claramente que: 1) los sistemas de privilegio tienen un gran costo con tendencia ascendente que los hacen insostenibles, 2) las cuentas individuales no ofrecen una protección económica adecuada en la vejez, 3) el nivel de ahorro es insuficiente en gran parte debido a los altos costos de la administración privada y 4) una tarea pendiente y absolutamente indispensable es convertir los recursos de la capitalización individual en ahorro productivo.

La búsqueda de soluciones para esos cuatro aspectos necesariamente comienza por la revisión de los conceptos y bases de la seguridad social, la historia de su desarrollo, el impacto que ha tenido y las metas que se quisieran lograr. Las reconsideraciones llevarían hacia disminuir privilegios, prebendas que técnicamente son legales pero socialmente ilegítimas; a ampliar la cobertura básica hacia los desprotegidos, en una actitud de justicia y solidaridad; a evitar lucro desmedido en la administración de fondos; y a procurar que se inviertan en la creación de productividad y empleo, junto con infraestructura educativa y de la salud. En la perspectiva de creación de las instituciones de seguridad social, la relación costo-beneficio destacaba los efectos positivos de contar con una fuerza de trabajo con salud, educación y seguridad en el retiro, las que siendo parte además de demandas obreras, en su financiamiento participan empleadores, asalariados y el Estado.

Pero todas estas acciones son tan difíciles y complejas que parecen imposibles. La causa principal de la imposibilidad es tan antigua como presente y se trata del conflicto de intereses. Por un lado, se verifica la defensa de los sistemas de privilegios en la forma de derechos sindicales adquiridos y el misticismo de la no retroactividad. Por otra parte se encuentran los objetivos lucrativos de los sistemas de ahorro individual, sin importar el futuro de los asegurados. Se trata de una falta de previsión y un vacío de conciencia sobre el porvenir que compromete principalmente a las generaciones jóvenes, pues son los sectores de población que en algunas décadas sufrirán la carga social y económica.

Pero lo que sí queda claro de inmediato es que las soluciones reales están en la arena política y encuentran sustento en la conciencia sobre el bien común. En consecuencia, se requiere una renovación de las relaciones sociales y económicas. Es importante aportar, pero sobresale reconocer que hay privilegios e injusticias que se deben subsanar.

Referencias

1. *Diario Oficial de la Federación*, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Título tercero. De los deberes del Estado, la sociedad y la familia. Artículo 9, México, DOF, junio de 2002: 6.
2. Vollenwyder, N., *et al.* The Elderly and their families: changing networks and relationships, *Current sociology, filiation and identity: towards a sociology of intergenerational relations*. Bawin-Legos, ed. 2002, 50 (2): 263-280. Monograph 1.
3. Robles-Silva, L., El cuidado a los ancianos: la feminización de la obligación filial, en Robles-Silva, L., *et al.*, *Miradas sobre la vejez*, México, El Colegio de la Frontera Norte/Plaza y Valdés, 2006.
4. Willmore, L., Universal pensions in low-income countries, Working Paper Series, Initiative for Policy Dialog, Columbia University, 2004: 23.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo General de Población y Vivienda 2010, INEGI. Disponible en: <http://inegi.org.mx>.
6. Soto, C., Reformas a los regímenes de pensiones en América Latina. Ponencia presentada en el IV Congreso de Actuarios a Nivel Internacional, Girardot, Colombia, 1999.
7. Sottoli, S., La Política Social en América Latina: diez dimensiones para el análisis y el diseño de políticas. Ponencia presentada en el Encuentro Perspectivas de la Política Social en América Latina, Washington, D. C., Instituto Interamericano para el Desarrollo Social/Banco Interamericano de Desarrollo, 17-19 abril de 2002: 20.
8. Clark-Medina, R., El mito del sistema pensionario chileno: un desafío pendiente. *Sistemas de pensiones Desafíos y oportunidades*, Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados, México, 2004: 251-273.
9. Bayo, F., Measures of Actuarial Balance for Social Insurance Programs, *Record of the Society of Actuaries*, 1988, 14 (1): 161-180.
10. Barr, N., Reforming Pensions: Myths, Truths, and Policy Choices, IMF Working Paper WP/00/139, International Monetary Fund, 2000: 57.
11. Brown, R. L., Will Pre-Funding Provide Security for Social Security?, *Journal of Insurance Issues* 2000, 23 (1): 48-76.
12. Stiglitz, J. E., The Ethical Economist, *Foreign Affairs*, 2005: 177-180.
13. IMSS, Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005-2011), Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Disponible en: www.inegi.gob.mx.
15. Negrete, R., Personas y trabajos en la informalidad: estadísticas presentadas bajo el estándar del Grupo Delhi, en Seminario Internacional El fenómeno de la informalidad en el siglo XXI, medición análisis y retos, ppt, agosto, 2010.
16. Consejo Nacional de Población, Proyecciones de la población de México, 2005-2050, México, Conapo, 2011. Disponible en: <http://conapo.gob.mx>.
17. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Perspectivas 2010-2012. Exposición de motivos del Proyecto de Presupuestos de Egresos de la Federación, México, SHCP. Disponible en: <http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/ppef/2011/>, 2011: 163-164.
18. Holzman, R. y Hinz, R., Old-age income support in the 21st century: an international perspective on pension systems and reform. Washington, D. C., The International Bank for Reconstruction and Development, 2005: 313.
19. Consar, Información estadística, 2011. Disponible en: http://www.consar.gob.mx/principal/estadisticas_sar.shtml.
20. Aportaciones realizadas durante el período laboral.
21. Valencia, A., El futuro del mercado laboral y las densidades de cotización, V Taller de Evaluación de los Sistemas de Pensiones en México, IIEc-UNAM, 2010.

Las condiciones bioculturales y el envejecimiento

Luis Alberto Vargas*

Introducción

Uno de los cambios más notables en la historia de la humanidad es el incremento en el número y proporción de personas ancianas, en relación con el resto de la población. Esta tendencia se acentuó notablemente durante la segunda mitad del siglo XX y sus efectos continúan. Dicho proceso biocultural debe ser analizado desde la perspectiva histórica de nuestra especie, en el contexto de su diversidad y evolución.

Los humanos actuales pertenecemos a la especie *Homo sapiens*, descendientes de otras especies del género *Homo*, cuyo origen data de hace unos 2.5 millones de años, y que fueron precedidas por los *Australopithecus*. Es fácil comprender que durante ese largo período, la morfología y el funcionamiento de sus cuerpos sufrió una lenta serie de adaptaciones al ambiente donde vivían, incluido su estilo de vida. Componentes que hoy consideramos generales fueron integrados en tiempos relativamente recientes dentro de esta historia, por ejemplo: el control del fuego, el lenguaje, el uso de ropa, vivir en comunidades o la domesticación de plantas y animales. Con el surgimiento, hace tan poco como 10,000 años, de lo que los arqueólogos llaman el Neolítico la situación cambió radicalmente. Pasamos de la invención de la cerámica, de la agricultura y la ganadería a la computación y los viajes espaciales durante ese corto lapso que va desde el Neolítico hasta hoy. Pero lo hicimos con cuerpos adaptados a otras condiciones de vida. La evolución biológica es lenta, sus cambios se manifiestan de una generación a otra. Como contraste, los cambios tecnológicos

son rápidos y ocurren en el curso de una vida humana. Un anciano nacido en 1900 y muerto en 1999 pasó del uso de carros de caballos al internet, incluyendo la generalización del empleo del automóvil, la electricidad, los viajes en aviones con velocidad supersónica y la diversificación de los medios de comunicación.

Vistos así, los cambios que ha implicado la estructura demográfica de la humanidad y de cada uno de sus países o regiones deben entenderse como ocurridos con cuerpos que conservan la mayor parte de las características morfofisiológicas seleccionadas durante el Paleolítico, con escasos cambios desde entonces. Lo que se ha modificado son las condiciones de vida y ellas ejercen un proceso de selección sobre algunos individuos, pero lo más trascendente ha sido resultado de la acumulación de dichos cambios hasta generalizarse.

Como complemento para ubicar el proceso de envejecimiento humano, es conveniente recordar que en los mamíferos las etapas de la vida se dividen generalmente en: a) infancia, etapa cuando se es dependiente para la alimentación y no se tiene la capacidad de reproducirse, b) juvenil, cuando se es independiente para la alimentación, pero no se ha alcanzado la capacidad reproductiva, c) adulto, etapa cuando se tiene plena capacidad reproductiva y autonomía alimentaria. En los humanos se configura la siguiente etapa, la de vejez, donde se conserva la independencia para la alimentación, pero la capacidad reproductiva merma en los hombres y desaparece en las mujeres.

* Académico, doctor en Antropología. Instituto de Investigaciones Antropológicas y Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Historia del envejecimiento

La naturaleza biológica de los humanos tiene como consecuencia el límite para los años de vida que puede llegar a vivir una persona. Dicho límite aún se debate, pero está en torno a los 120 años. De cualquier manera hoy es posible encontrar personas mayores de 100 años de edad y se acepta que la persona que ha muerto con edad comprobable más avanzada es Jeanne Calment, cuyo fallecimiento ocurrió en Francia, cuando tenía 122 años y 164 días. La dificultad para establecer los límites reales de la longevidad es la falta de registros adecuados de las fechas seguras de nacimiento hasta bien entrado el siglo XX. Por otra parte, las condiciones para que un mayor número de personas puedan llegar a vivir más de cien años son recientes.

Uno de los países donde este hecho se puede corroborar, gracias a sus registros civiles, es Suecia. Hacia 1860 ya se registraron casos de personas quienes morían a los 102 años, y durante 1990 había defunciones a los 110 años de edad y hasta hace poco solamente cuatro suecos se encontraron en situación semejante. A quienes mueren con edades mayores a los 110 años se les llaman supercentenarios y su número aumenta en el mundo.¹

Para las poblaciones del pasado, la situación es más incierta. No había registros confiables de edad, los años eran contados de manera diferente en distintos lugares y además hay una tendencia a exagerar la edad cuanto más viejo se es. Así que no podemos precisar las verdaderas edades de los “Matusalenes” del pasado mediante los testimonios históricos. Lo que sí se constata en las sociedades que dejaron testimonios históricos es la existencia de personas que morían con edades avanzadas en relación con lo común de sus contemporáneos. Por ejemplo, Tlacaélel, el consejero o *Cihuacóatl* de cuatro tlatoque mexicas, vivió aproximadamente 90 años y murió en 1487, sin embargo su fecha de nacimiento no se puede establecer con certeza. En cambio, el guía de los aztecas, Huémac y Nezahualcóyotl, señor de Texcoco, parecen haber muerto en torno a los 70 años, pero fueron considerados, en su época, como de edad avanzada. Es objeto de controversia establecer la verdadera edad de personajes del pasado, de quienes no se cuenta con datos comprobables sobre su nacimiento. Por ejemplo, Ruz² escribió un interesante capítulo sobre la edad de los gobernantes de Palenque. Poco después de que este destacado arqueólogo mexicano encontrara la tumba de Pakal, los antropólogos físicos establecieron su edad

alrededor de los 40 años. Sin embargo, quienes estudian la epigrafía maya le atribuyen 80 años. El problema parece deberse a la interpretación de los registros hechos sobre las estelas, donde se puede confundir la edad a su llegada al poder, al confrontarlas con la edad de su muerte e inducir a creer que en Palenque hubo una gerontocracia, ya que se atribuyen a algunos de sus gobernantes edades al morir de 60, 75 y 80 años. Lilia Escorcía Hernández (comunicación personal en relación con su tesis de Doctorado en Antropología, octubre de 2011) interpreta esta discrepancia en función de la coexistencia de dos maneras para medir el tiempo entre los mayas y del uso del ciclo ritual para medir los tiempos que gobernaron. Con esta perspectiva, calculó la edad a la muerte de un conjunto de gobernantes mayas y sus resultados oscilan entre los 23 y 51 años, lo que está acorde con lo establecido a través de los estudios de los esqueletos mayas. Por lo tanto, la existencia de una gerontocracia en Palenque es muy dudosa, aunque algunos de los estudiosos de dicha cultura han analizado la documentación escrita en sus monumentos y señalan la longevidad de algunos gobernantes, por ejemplo K'an Joy Chitam I (74 años) y K'inich Kan B'alam II (66 años) también de Palenque, K'an II (70 años) de El Caracol y el más anciano, Chak Lakamtun (92 años) de El Cayo.³ Por desgracia los restos de estos personajes no han sido encontrados y no se cuenta con información más objetiva sobre sus edades.

Se han establecido los perfiles demográficos y la esperanza de vida de las poblaciones antiguas por medio del estudio de sus esqueletos y dientes. La antropología física o biológica ha desarrollado técnicas para ubicar la edad al fallecimiento, cada vez con mayor precisión, mediante la observación, medición y registro de los cambios en la estructura macro y microscópica del esqueleto y sus partes, así como de los dientes. En una cantidad aceptable de sitios arqueológicos de varios lugares del mundo y de diferentes épocas se han reunido materiales provenientes de cementerios y necrópolis a los que se les ha calculado la edad al momento de la muerte. La interpretación de tales hallazgos no es tan sencilla como parece. Con frecuencia, un sitio de enterramiento no es representativo de lo que ocurre en toda una sociedad. Por ejemplo, en nuestros días quienes llegan a los panteones públicos de la Ciudad de México, como el de San Nicolás Tolentino, proceden de grupos con condiciones de vida diferentes a los de, por ejemplo: el Panteón Francés de Legaria o el Panteón

Israelita de la Avenida Constituyentes o el de Dolores, que se encuentra cruzando la calle de este último. En el pasado los pobres podían ser enterrados cerca de sus viviendas y había lugares reservados para los poderosos. Durante los tiempos novohispanos quienes eran enterrados dentro de las iglesias pertenecían a grupos diferentes a los depositados en el atrio y aun dentro de los templos había lugares preferentes.

Otro caso es el de México antiguo, donde el destino del cuerpo era diferente según la manera de morir, algunos eran cremados y otros enterrados. Otros quedaban bajo el piso de sus viviendas y una minoría en ricas tumbas, algunas dentro de pirámides o palacios. Por otra parte, los esqueletos de adultos se conservan mejor que los de los infantes y las condiciones físicas y biológicas del lugar de enterramiento influyen sobre su estado de conservación. En otras palabras, ni son todos los que están, ni están todos los que son. En general puede afirmarse que los esqueletos de infantes están menos preservados. Afortunadamente existen técnicas para subsanar esta situación y reconstruir los perfiles demográficos de las poblaciones antiguas, con un número suficiente de restos. Una situación diferente es la de los restos fósiles atribuidos a los *Australopithecus* y a los *Homo* prehistóricos, cuyo hallazgo es excepcional y único, la mayor parte de las veces.

Uno de los primeros estudios donde se elucubraron sobre la duración de la vida entre los homínidos prehistóricos fue el de Vallois.⁴ Señala que los restos a los que se puede atribuir una edad entre 50 y 60 años son: al 4.6% de 22 Sinántropos (hoy *Homo erectus*), al 36.4% de los 11 restos de Ngandong (hoy *Homo erectus*), a 2.5% de los 39 restos de Neandertales, a 2.5% de 39 euroasiáticos del Paleolítico superior (*Homo sapiens*) y a 2.8% de 71 *Homo sapiens* del Mesolítico. Desde luego los tamaños de las muestras son muy pequeños y los resultados deben interpretarse con reserva, como lo hizo el mismo Vallois al señalar que la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres debió ser menor de 30 años y poco arriba de esa edad para los hombres, habría muy pocos entre 30 y 40 años y excepcionalmente alguno mayor de 50 años de edad.

En estudios más recientes,⁵ donde se establece la edad mediante el estudio de cambios en la dentición de cuatro series de *Australopithecus*, *Homo sapiens* temprano, *Neandertales* y *Homo sapiens* del Paleolítico superior temprano, se señala que la longevidad aumentó con el tiempo, pero particularmente a partir de los inicios

del Paleolítico superior. Sin cuestionar las conclusiones generales, pero sí la metodología empleada, este trabajo fue criticado por Hawkes y O'Connell.⁶

Para tener una idea de los cambios en la proporción estimada de personas mayores de 60 años y la esperanza de vida al nacimiento entre los habitantes del territorio que hoy ocupa México, ofrecemos los datos que aparecen en el Cuadro 1.^{2,7-11} Su interpretación debe considerar las limitaciones inherentes al calcular la edad por medio del esqueleto y/o los dientes, bien ponderada por Hernández Espinoza.⁸ Ortega Muñoz⁹ ha hecho una interesante comparación de la reconstrucción demográfica, al contrastar los datos obtenidos de los restos humanos y los de los registros de población del siglo XIX en el Panteón de Santa Paula y la Parroquia de Santa María la Redonda en la Ciudad de México. Las fechas de los registros escritos y de los del cementerio son de la misma época y comparables.

Desgraciadamente los resultados que aparecen en el mencionado cuadro fueron tomados de estudios hechos con distintos propósitos, sin embargo usan técnicas comparables para la estimación de la edad, aunque no en todos se emplearon los mismos límites para agruparlas, ni se ofrecen por separado los datos de mujeres y hombres. Solamente en los trabajos más recientes de calculó la esperanza de vida al nacer.

Llama la atención que en varias series no se encontraron restos de hombres o mujeres mayores de 60 años. Donde sí se encontraron, su proporción en relación con los restos de su mismo sexo es menor al 5%, con la excepción de las mujeres de El Meco, Quintana Roo, sobre todo al corroborar que son nulos los restos de hombres de esta gama de edad. Un caso distinto es el de Monte Albán, Oaxaca. Es el único trabajo encontrado donde se separaron los datos de restos procedentes de entierros atribuibles a los grupos sociales comunes de aquellos de las tumbas de la élite. Resulta de interés notar que en este sitio arqueológico hay la tendencia de que las mujeres sean más longevas, pero el pequeño tamaño de las submuestras impide tener la certeza de que esto sea un hecho que corresponda a la realidad. Esto se confirma con el hallazgo de la mitad de las mujeres mayores de 60 años entre las de entierros de la etapa V, pero la muestra fue de solamente cuatro esqueletos, por lo que el dato no es confiable.

Interesante resulta constatar que la esperanza de vida al nacer calculada para el conjunto de las poblaciones

varió entre 17.5 y 26.8 años. Este grupo de datos muestra que, en general, el número de mujeres y hombres mesoamericanos moría durante edades relativamente tempranas y los mayores de 60 años eran una minoría. El dato del siglo XIX muestra que las condiciones no cambiaron mucho de los tiempos mesoamericanos hasta entonces.

Con fines comparativos, en el Cuadro 2 aparecen algunos datos sobre la esperanza de vida al nacimiento para grupos humanos diversos, entre el siglo XVII y el XX. Destaca ahí el papel de las condiciones de vida más favorables en países como Inglaterra, Suecia y los Países Bajos, comparados con México y la Francia de tiempos turbulentos.

Otra comparación interesante es con los pueblos actuales, cuyo estilo de vida se aleja del sedentario cosmopolita. El estudio de Gurven y Kaplan¹² sobre este tema comparó a cazadores-recolectores (¡kung, ache, agta, hadza y kiwi), recolectores y también horticultores (yanomamo de tres comunidades, tsimane, machiguenga y gainj), recolectores aculturados (¡kung de tres comunidades, agta de dos comunidades y warao, aborígenes australianos, kiwi y ache ya sedentarios). Su población de referencia son los suecos de entre 1751 y 1759. Sus hallazgos respecto a la esperanza de vida al nacimiento la comparan con la de chimpancés cautivos (13 años), humanos prehistóricos (20 años) y los suecos del siglo XVIII (34 años). Entre los grupos estudiados hubo datos de los ¡kung (36 años), hadza (34 años), kiwi (27 años), ache (37 años), tsimane (42 años) y yanomamo (40 años). El análisis de dichos resultados muestra que la esperanza de vida al nacer entre los cazadores-recolectores varió entre 21 y 37 años, la proporción de quienes sobreviven a los 45 años estuvo entre el 26 y 43%. Los autores concluyen lo siguiente:

- La longevidad, después del inicio de la vida reproductiva es un componente importante del ciclo de vida humano. Dos terceras partes de quienes llegan a la madurez sexual alcanzan la etapa donde pueden ser abuelos, con duración media de 20 años.
- La mortalidad de los adultos parece tener dos etapas. Se mantiene relativamente estable, con una mortalidad anual de 1% hasta aproximadamente los 40

años. Luego aumenta en forma exponencial y se duplica entre cada 6 y 9 años. Algunos demógrafos ubican el inicio del envejecimiento (para estos autores *senescense* en inglés) cuando la mortalidad llega a esta segunda etapa. Las aproximadamente dos décadas de la vida adulta previas a dicho cambio son un componente importante del ciclo de vida humano.

- La moda de edad de la muerte de los cazadores-recolectores es de 72 años (entre 68 y 78 años de edad).
- En la muestra estudiada se atribuye la mortalidad a enfermedad en 70% (fundamentalmente enfermedades infecciosas y del tubo digestivo), violencia y accidentes en el 20% y enfermedades degenerativas en el 9%.
- La comparación de los grupos estudiados, tanto nómadas como sedentarios con los chimpancés en cautiverio, muestra la interacción favorable para la supervivencia con mejores condiciones del ambiente. Dichas condiciones disminuyen la mortalidad a lo largo de todo el ciclo de vida, pero de manera importante para las edades mayores. La mortalidad de los chimpancés y los humanos difiere de manera notable cuanto mayor es la edad, lo que muestra que los humanos hemos sufrido selección para tener una vida adulta más larga.
- La mayor longevidad es una característica de los humanos. En el pasado se consideraba que durante el Paleolítico la esperanza de vida era muy corta, pero estudios recientes muestran que la moda de la edad a la muerte varía entre 68 y 78 años.

La situación anterior contrasta notablemente con la actual. La esperanza de vida al nacer en México se presenta en el Cuadro 3, al que se agrega que en 2010 fue de 77.8 años para las mujeres y 73.1 para los hombres. En el Censo de 2000, el 7.1% de la población era mayor de 60 años (7.3% de las mujeres y 6.8% de los hombres). El número global de personas mayores de dicha edad era 6,948,457 (3,696,100 mujeres y 3,252,357 hombres) para una población total de 97,483,412 personas.¹³

Lo presentado hasta aquí permite constatar varios hechos importantes:

- a. La predisposición biológica humana para la longevidad.
- b. Existieron restricciones ambientales en el pasado para la expresión de dicha tendencia hacia la longevidad.
- c. Hoy se encuentran cambios ambientales para favorecer el aumento en el número de mayores de 60 años y de personas con mayores edades.
- d. El cambio importante de la esperanza de vida y el número de mayores de 60 años ocurrió a partir de la segunda mitad del siglo XX, gracias a los cambios vividos durante el siglo anterior.
- e. Existen diferencias a lo largo de la historia entre mujeres y hombres capaces de explicar sus diferentes maneras de envejecer.

El proceso biocultural del envejecimiento

Los resultados de los cambios históricos en la estructura demográfica y la esperanza de vida de las sociedades humanas muestran que la naturaleza biológica se expresa plenamente sólo bajo determinadas condiciones externas, fundamentalmente las relativas a alimentación, higiene y salud. Como ejemplo de ello está la alimentación y la higiene de los niños aproximadamente a partir de los seis meses de edad, cuando la leche materna comienza a no ser suficiente para sostener el crecimiento del encéfalo y el resto de su cuerpo, y además están en condiciones de llevar a su boca productos contaminados con microorganismos patógenos. El período perinatal y la ablactación han sido las etapas de la vida con mayor riesgo de morir durante toda la historia de la humanidad. Sus supervivientes son quienes pueden llegar a viejos.

Lo anterior ha hecho que la Antropología considere la existencia de un proceso biocultural del envejecimiento humano, ya que sobre las limitaciones y oportunidades que ofrece nuestra naturaleza biológica se superponen las del ambiente, incluidos el estilo de vida, la organización social y la cultura donde transcurre la vida. Este enfoque permite comprender las distintas formas de envejecer propias de los humanos, acordes con las características de nuestro cuerpo, personalidad, biografía y la interacción que hemos tenido con los componentes del ambiente donde transcurre nuestra vida.

Puede decirse que cada persona construye su propia vejez a partir de la forma como su genoma interactúa con el ambiente a lo largo de toda su vida.

Los correlatos biológicos del proceso biocultural del envejecimiento humano

En la mayor parte de los libros de Geriátrica o Gerontología se señalan los cambios ocurridos en la estructura y funcionamiento del cuerpo relacionados con la edad. En el Cuadro 4 ofrecemos una síntesis de ellos. Desde luego están accesibles sus descripciones detalladas, pero aquí solamente interesa ofrecerlos de manera general y reflexionar en ellos como resultado de un proceso.

El primer problema que surge para entender dicho proceso es distinguir entre el envejecimiento normal o sano de aquellos donde existe una alteración con efectos discapacitantes o riesgosos para la supervivencia y permita calificarla como complicada por la enfermedad. Los límites son borrosos, por ejemplo, la desmineralización ósea es un hecho común conforme avanza la edad, y con determinado grado de avance se le califica de osteoporosis, pero en situaciones concretas más avanzadas se le ubica como enfermedad por aumentar el riesgo de fracturas—principalmente de la cadera— capaces de provocar complicaciones mortales.

Aquí nos restringimos a tratar el proceso biocultural normal de envejecimiento, ya que su asociación con estados patológicos será tratado en otra parte de esta obra.

Un ejemplo interesante de los cambios biológicos por su empleo generalizado es el índice de la masa corporal. En el Cuadro 5 mostramos los cambios que ocurren entre los 60 y 89 años de edad en varios grupos humanos heterogéneos. Se percibe que las cifras se mantienen semejantes para la mayoría de los conjuntos de hombres y mujeres entre los 60 y 79 años, pero con tendencia a disminuir, particularmente a partir de los 79 años de edad, pero con mayor magnitud entre las mujeres. Es valioso conocer la evolución de este parámetro, indicador sencillo de un componente del estado de nutrición, ya que no deben aplicarse los criterios para sobrepeso y obesidad de la juventud en etapas posteriores de la vida. Además se requiere la cabal comprensión de su significado, ya que las fluctuaciones del peso corporal entre los ancianos se deben a diversos cambios de la composición corporal, que además ocurren en personas cuya estatura ha disminuido en relación con la que tenían durante la juventud.

Con respecto a los cambios metabólicos que se expresan en la bioquímica del cuerpo, consultamos un estudio hecho en nuestro país analizando las medianas

y percentilos 5 y 95 de las diferencias entre algunos parámetros del laboratorio clínico, comparados entre adultos con edad media de 32 ± 6.5 años y rango entre los 25 y 45 años de edad con mayores de 60 años con edad media de 68 ± 7.2 años, en una muestra por cuotas de 400 personas. De la muestra de mayores de 60 años, 75% eran mujeres y entre la de adultos lo fueron 67%.¹⁴⁻¹⁵ Todos ellos eran habitantes de la Ciudad de México, de estratos socioeconómicos bajos y no seguían tratamiento médico. Los resultados más importantes son:

- a. Para las pruebas hematológicas, los intervalos de referencia de los ancianos son mayores y las diferencias son significativas para la fórmula eritrocitaria y la velocidad de sedimentación globular.
- b. Existen diferencias en el perfil de lípidos: colesterol, triglicéridos, cLDL (aumentados) y cLHDL (disminuido).
- c. AST o transaminasa glutámica oxaloacética y CGT o gama glutamil transpeptidasa y el fosfato están moderadamente disminuidos.
- d. El ácido úrico está aumentado en los dos sexos, lo que coincide con otros estudios latinoamericanos, pero no con los anglosajones.
- e. Disminuyen, sin llegar a niveles considerados patológicos para otras edades: proteínas totales, albúmina y magnesio. En otros estudios se ha constatado la disminución de las proteínas totales a partir de los 50 años.
- f. El límite inferior de la cantidad del total de leucocitos en los ancianos sería considerado leucopenia en los adultos.
- g. Ocurre lo mismo con la cantidad total de linfocitos, que según algunos se debe concretamente a disminución de los linfocitos T.

Lo interesante de este estudio es que indica diferencias, en algunos parámetros, con grupos anglosajones y semejanzas con otros latinoamericanos. También atribuye algunas de las diferencias en los indicadores bioquímicos al estado de nutrición precario de los ancianos de estratos socioeconómicos bajos.

Por sus consecuencias emocionales y biológicas, merece mención especial el envejecimiento de las funciones reproductivas. Entre los hombres es clara la disminución de la cantidad de testosterona en el suero, a partir de los 40 años de edad. En uno de los

varios estudios al respecto¹⁶ se encontró la cifra media de testosterona en menores de 40 años de 7.01 ± 0.82 ng/ml y entre los mayores de 50 años de edad había disminuido a 2.68 ± 0.51 ng/ml. De acuerdo con Vermeulen,¹⁷ se debe al declinar del funcionamiento de las células de Leydig y Sertoli, además de la hipófisis y el conjunto afecta de manera negativa la cantidad y calidad del esperma, pero sin eliminar de manera total la fertilidad, aunque merme la capacidad y duración para realizar las relaciones sexuales.

En las mujeres ocurre un proceso diferente: el climaterio, cuyo efecto fundamental es la menopausia o cese de los ciclos menstruales y, por lo tanto, de la capacidad reproductiva. Este proceso conlleva una sintomatología bien conocida, pero lo que deseamos destacar es su excepcionalidad entre los animales, ya que las hembras son fértiles hasta el final de sus vidas. Un buen ejemplo son las pocas chimpancés en libertad estudiadas, quienes mueren muy cerca de la edad cuando los ciclos reproductivos cesan. Entre las escasas chimpancés cautivas en las que se ha podido seguir el proceso, el estro desaparece entre los 45 y 50 años de edad. Las elefantas y las ballenas siguen teniendo hijos hasta su sexta o séptima década de vida.¹⁸

Una buena parte de las mujeres actuales sobreviven la menopausia varias décadas. Se ha señalado que sus funciones reproductoras llegan a los 45 años de edad, al equivalente de los 80 años de otros órganos. No debemos olvidar que la proporción de mujeres que sobreviven a la menopausia ha aumentado de manera notable en tiempos recientes y era pequeña en el pasado. Hoy es frecuente que dicho cambio ocurra poco antes o a la mitad de la vida, situación no encontrada en el resto del mundo animal. Esta situación se ha explicado de diversas maneras, tomando en cuenta la historia evolutiva de nuestra especie. Una de las hipótesis más aceptada es la llamada *de la abuela*.

Se postula que la selección natural ha llevado a los humanos para tener largas etapas infantil y juvenil, durante las que su capacidad productiva beneficia su crecimiento y les permite tener un encéfalo proporcionalmente más grande y complicado que el de otros primates. A partir de la etapa adulta dicha capacidad se dirige hacia la reproducción y el cuidado de los hijos. Los antepasados del género *Homo* vivieron cambios climáticos en las selvas africanas, que les llevaron a vivir en las sabanas, lo que a su vez favoreció la postura bípeda, así como la caminata y la carrera

con larga duración, aunque velocidad media, con dos piernas y no con cuatro extremidades. Al mismo tiempo se incrementó el desarrollo del encéfalo y se liberaron las extremidades superiores de la marcha, aprovechadas para la fabricación y manejo de herramientas, de manera concomitante con las capacidades neurológicas mejoradas. Surgió así lo que se ha llamado el *dilema obstétrico*, donde se favorece el rápido crecimiento encefálico prenatal, pero al mismo tiempo los límites de ensanchamiento de la pelvis se vieron restringidos por la biomecánica de la marcha y la carrera con postura erecta. La respuesta fue el acortamiento de la vida intrauterina, el nacimiento con mayor inmadurez y, por lo tanto, con la necesidad de un mayor tiempo de maduración posterior al nacimiento, gracias a los cuidados del padre y de la madre. Al mismo tiempo, las demandas metabólicas del encéfalo requirieron de nuevos alimentos, capaces de satisfacer situaciones emergentes. Estos recursos se obtuvieron de la caza y de la recolección de plantas con órganos con alta densidad energética almacenada, por ejemplo las raíces, tubérculos, semillas y nueces. Pero la supervivencia de los bebés dependía también del contacto permanente con las madres para asegurar la lactancia y más tarde de los alimentos del destete, para lo que los padres debieron jugar el papel de proveedores. La situación se complicó con los nuevos embarazos y la crianza de varios niños. Es entonces cuando la longevidad adquirida por la mujer rinde sus frutos: las abuelas, liberadas de las cargas reproductivas ayudan a la crianza de los nietos y aseguran su supervivencia y con ella la de una especie cuya inversión es muy alta en energía y trabajo para la crianza de los hijos desde el nacimiento hasta la llegada a la madurez. Esta hipótesis se apoya en lo observado en la organización social de los pocos pueblos cazadores y recolectores que llegaron hasta el siglo XX. Desde luego, la situación ha cambiado en la actualidad, como resultado de las modificaciones en las condiciones de vida y el desarrollo tecnológico. En este modelo explicativo, los recursos aplicados para la mayor duración del cuerpo favorecieron la maduración tardía y cuando las condiciones ecológicas hicieron necesario el cuidado y la alimentación prolongada de las crías, las bondades de la ayuda de las abuelas sobrepasaron el costo de prolongar la vida activa más allá del cese de la capacidad reproductiva de las mujeres.¹⁸

Cabe agregar que este proceso, del que hemos presentado su resultado en la edad adulta, conllevó

también modificaciones en las etapas de vida que señalamos al inicio de estas páginas (infantil, juvenil y de adulto). En los humanos surge una etapa intermedia entre la infancia y la juventud, llamada *childhood* en inglés y que puede traducirse como *niñez* y que de manera general abarca entre los 3 y 7 años de edad. Por otra parte, la juventud es prolongada en relación con la de nuestros ancestros y la de los otros primates actuales y abarca lo que comúnmente llamamos adolescencia, cuyo fin llega hasta cerca de los 21 años con el cierre de la sutura esfenobasilar, que marca la conclusión del crecimiento del esqueleto. A ello se agrega la etapa de vejez, después de la de adulto.¹⁹

Lo que desde una perspectiva más general, y sin entrar en los enfoques médicos, es destacable que el envejecimiento ocurre sobre parámetros morfológicos y fisiológicos propios de nuestra especie y lo que se aprecia es que su gama de variación cambia. Para algunos de ellos es posible cuantificar dicha variación en unidades derivadas de su desviación estándar. Para algunos autores vale la pena distinguir entre los cambios resultantes de la edad de aquellos atribuibles a la senectud, es decir un envejecimiento donde se acumulan alteraciones capaces de afectar el funcionamiento autónomo y la posibilidad de seguir viviendo. En otras palabras, aparece una situación donde se restringen de manera marcada los procesos homeostáticos y la fragilidad de la persona aumenta al estrecharse su gama de posible respuesta ante los cambios generados en su propio cuerpo o como respuesta a las presiones ambientales; los correlatos sociales y culturales, incluidos los ideológicos del proceso biocultural del envejecimiento humano.

De una forma u otra, los humanos hemos creado el concepto de viejo, aplicado al mundo donde vivimos con otras personas. Conocemos la forma como los mexicanos concebían a lo viejo y a los viejos poco antes del contacto con los europeos. A la etapa de la vida que hoy llamamos vejez se le denominaba *buehueyotl*, cuya raíz *buehue* denomina a lo viejo y la encontramos en los nombres de algunos lugares o poblados. Para comprender los términos empleados para quienes tenían edades avanzadas, debemos recordar que los pueblos mesoamericanos tenían dos calendarios, uno solar que servía para registrar las actividades cotidianas y otro lunar, cuyo papel era principalmente religioso o ritual. Cada calendario daba nombres a sus días y meses de la misma manera, por ejemplo *1 venado* o *3 conejo*. Pero como cada calendario progresaba a distinta velocidad, la

misma fecha de los dos calendarios solamente coincidía cada 52 años, lo que se conocía como la *atadura de años*. Este concepto era semejante a lo que nuestra cultura denomina *siglo*. Por esta razón cuando una persona llegaba a los 52 años se consideraba que había vivido un ciclo simbólico completo, donde había experimentado todas las combinaciones posibles de nombres de días.

En general a los ancianos se les llamaba *buebuetain* o reverenciado anciano o *llamatzin* o revenerciada anciana. Además se reconocía a quienes alcanzaban una vejez sana y se les denominaba, si eran hombres *tlejo mahuizyo*, o dueños del fuego, concepto ligado al Dios Viejo o *Huebuetéotl*, a quien se representaba casi siempre sentado, sobre un brasero —ligado al fuego—, desdentado y con la piel arrugada. Estos ancianos eran considerados transmisores de los valores y conocimientos de su sociedad y se les otorgaba el papel de instructores. Las ancianas sanas tenían el papel fundamental de mantener la cohesión familiar y ser símbolos del linaje, además se les hacía responsables de dirigir al resto de las mujeres de su hogar para el buen mantenimiento de la casa, la comida y la estabilidad familiar.

En cambio, los ancianos con problemas físicos eran reconocidos como *ye buel ilama ocóliuh* y *ye buel buebuetl ocóliuh*, con el significado para mujeres y hombres de quien es tan anciano que ya se torció. Quienes perdían la autonomía eran *oppa piltontli*, quien es niño por segunda vez. Identificaban a los viejos malvados, calificados como inútiles, incapaces de dar ejemplo para la vida recta, por el deterioro de su intelecto.

Ligado al concepto del *atado de años*, se consideraba muy digno de veneración a quien pudiera llegar a los 104 años de edad, llamados *buebueriliztli* o cumplimiento de la vejez, ya que habrían recorrido dos veces el camino simbólico. Estas personas deben haber sido excepcionales, pero no hay registro histórico de ninguna de ellas.

La mitología mesoamericana suponía que los dioses se reunían una vez cada mes en el *teotleco*, donde quien llegaba primero era Tezcatlipoca, el dios más joven y con menos prestigio, en cambio, llegaba al final Huehetéotl, quien tenía la supremacía sobre los demás.¹⁹

Los conceptos ofrecidos de los mexicas muestran elementos comunes con los de otras sociedades del pasado:

1. La reverencia hacia las personas ancianas, debido a su acumulación de experiencia y vivencias.
2. El vínculo entre el alcance de edades avanzadas con la acumulación de las propiedades del cosmos.
3. El reconocimiento de las formas personales para envejecer, algunas positivas y productivas y otras negativas y dañinas para los demás. También se identificaba el envejecimiento sano de aquel acompañado de invalidez, pérdida de autonomía o enfermedad.
4. La aceptación de algunos ancianos como depositarios de la tradición y, como resultado de ello, capaces de ejercer la autoridad o dirimir conflictos.

Pero la percepción social sobre los ancianos suele constituir lo que se ha llamado *viejismo*, definido como el conjunto de estereotipos y prejuicios sobre lo que constituye la ancianidad y que lleva a la discriminación. Esta visión no necesariamente es negativa o positiva, sino generaliza, hace de lado la realidad y atribuye las mismas cualidades a todos los ancianos. Sus principales constituyentes son: a) ofrecer una visión exagerada de algunas características de los ancianos, b) algunos estereotipos son inventados o carecen de sustento, pero se relacionan con tendencias del comportamiento que pueden ocurrir, c) en los estereotipos negativos se omiten o no señalan las características positivas, d) no reflejan características compartidas por la mayoría, sobre todo si son positivas, e) no proporcionan información sobre las causas de lo que señalan, f) dificultan el cambio, g) obstruyen la consideración de la variabilidad interpersonal.

Entre los componentes frecuentes del *viejismo* se encuentran: considerar semejantes a todos los ancianos en cuanto a su aislamiento social, enfermedad, fragilidad, dependencia, deterioro cognitivo, depresión, dificultad para el trato, rigidez, incapacidad de afrontar sus problemas, incapacidad de adquirir nuevas habilidades o estrategias, su necesidad de apoyo económico y social, apoyo alimentario o de emplear ayudas técnicas (bastones, lentes, prótesis).¹⁵

En otros capítulos de esta obra se analizan las características sociales, psicológicas y económicas del envejecimiento considerado en su conjunto y bajo el enfoque de género. Aquí solamente queda el subrayar que dentro de las tendencias y características generales

que pueden detectarse en el conjunto de cualquier sociedad, la individualidad sigue vigente y debe ser tomada en cuenta.

Cada persona camina por la vida de acuerdo con la dotación genética que recibió durante la concepción, pero que además se expresa de determinada manera gracias a su interacción con el ambiente. A lo largo del tiempo se construye una biografía donde juega un papel fundamental no solamente las características biológicas, psicológicas y sociales de cada persona, sino también el ambiente físico, emocional y cultural donde le tocó desarrollarse.

Perspectivas

Todo indica que el potencial para la longevidad es parte de nuestro acervo biológico, pero solamente en tiempos recientes se han dado las condiciones para su expresión. Actualmente dichas situaciones favorables se hacen accesibles para más personas, por lo que es de esperarse que el número de ancianos vaya en aumento. Al mismo tiempo la proporción de niños en las poblaciones declina. Como consecuencia, las predicciones de la demografía apuntan hacia sociedades donde la proporción de ancianos sea cada vez mayor. Esta situación ya comienza a afectar nuestras vidas.

Las sociedades industrializadas viven la crisis de sus sistemas de pensiones, planeados durante los tiempos cuando el número de quienes entraban al mercado de trabajo y cotizaban para los fondos de retiro, superaban a quienes llegaban a la edad de jubilación y estos últimos sobrevivían pocos años. Hoy los ya jubilados llegan a vivir un tiempo equivalente a aquel durante el que trabajaron y los más jóvenes apenas contribuyen con suficiente para sostener a sus mayores y con poco para su propio futuro.

Por otra parte, si bien es alta la proporción de ancianos sanos, también los hay con necesidad de apoyo constante por haber perdido su autonomía o tener enfermedades cuya atención y tratamiento es caro. Además, en cuanto más edad se acumula, se incrementa la dependencia de otros, sea la familia o las instituciones sociales. La situación implica un alto costo económico y social que apenas comenzamos a vislumbrar.

Pero los humanos encontramos respuestas ante los retos que nos ofrece la vida. En México ya constatamos las situaciones que implica la mayor longevidad de las mujeres y algunas de ellas, las viudas o solteras sin descendencia o

sin apoyo familiar, conforman un grupo particularmente vulnerable. Como contraste, las mujeres que viven en familia y en comunidades indígenas adquieren un papel preponderante al convertirse en verdaderas matriarcas que conducen las vidas de su prole. Conocemos estudios, aún no publicados, donde se demuestra que los hombres ancianos han adoptado nuevas funciones, antes rechazadas, entre ellas hacerse cargo de llevar a los nietos a la escuela o ser los responsables de la compra de alimentos.

En Europa es visible que aumenta el número de hombres ancianos, quienes habiendo permanecido solteros o rota su relación de pareja, buscan mujeres más jóvenes para casarse. Ellas con frecuencia son inmigrantes latinoamericanas o filipinas y a cambio de su apoyo reciben recursos y la herencia de sus maridos, con lo que sostienen a sus familias en el país de origen. De igual manera, en otros países, incluyendo a México, con mayor frecuencia, viudos y viudas ancianos forman nuevas parejas.

La industria y el comercio ya ofrecen soluciones para atender la situación de los ancianos con recursos económicos suficientes. Existen lugares donde se ofrece alojamiento de lujo, y se favorece el que se amueblen a gusto de quien lo habita, cuentan además con alimentos bien preparados y atención médica. Por tratarse de lugares para personas de grupos sociales altos, sus habitantes suelen contar con buena salud y son capaces de realizar actividades sociales entre ellos. Por debajo de este alto nivel, existen otros con condiciones decrecientes hasta verdaderos depósitos de ancianos abandonados en pésimas condiciones. Es posible que para algunas personas esta alternativa sea favorable, pero aún hace falta un largo camino para abrirla a un grupo mayor con las mismas necesidades y menores recursos, pero en condiciones aceptables, acordes con las normas que se establezcan y sin abusos económicos. Lo que no podemos hacer es ignorar que esto ya ocurre y representa una alternativa para algunos.

A pesar de lo anterior, se debe reconocer que la estrategia que ha dado mejor resultado, a lo largo de nuestra historia, para la supervivencia es la vida familiar. Sus orígenes están relacionados con la inmadurez de los recién nacidos y su constante necesidad de atención durante la larga infancia, además de los beneficios resultantes de la división del trabajo entre hombres y mujeres. Además, su papel en el cuidado de los ancianos

es manifiesto. En buena parte de las sociedades las mujeres son quienes acaban haciéndose cargo de sus familiares ancianos. Se forma así una tradición familiar que en algunos casos hemos constatado bajo formas interesantes, por ejemplo entre mujeres quienes habitan en conjunto una casa grande, las parejas jóvenes con sus hijos van ocupando el espacio que dejan vacío los mayores cuando mueren, en una especie de cadena de movimientos cuando la situación lo requiere. El peligro actual para el bienestar de los ancianos es que las condiciones son cada vez menos propicias para que las familias vivan juntas, como aún ocurre en algunas comunidades indígenas mexicanas. En el medio urbano es frecuente la soledad de los ancianos, quienes emplean estrategias de todo tipo para favorecer el contacto y apoyo de otras personas. En ocasiones atraen a su propia familia mediante diversos medios que varían entre los genuinamente afectivos o los que resultan de intereses económicos. Otra veces el apoyo proviene de amistades o vecinos y, en los países industrializados, de organizaciones sociales o gubernamentales.

Dado que los humanos somos complejos y manifestamos los afectos y sentimientos a través de nuestro comportamiento y además somos capaces de percibir la relación de los demás con nosotros, no encontramos alternativas institucionales para el cuidado de los ancianos que sean tan eficaces como la familia. Es claro que en ella también se expresan con frecuencia situaciones desagradables, pero solamente en casos extremos no son atenuadas o compensadas para hacer la vida entre llevadera y agradable. Después de todo la familia es también producto de la prueba y el error que implica la evolución biológica, psicológica y social de la humanidad.

Conclusiones y recomendaciones

De lo expresado en este capítulo ofrecemos las siguientes conclusiones:

El envejecimiento es un proceso biocultural donde juegan un papel predominante los cambios experimentados por el género *Homo* a lo largo de su evolución biológica.

La especie *Homo sapiens* tiene características biológicas que favorecen la longevidad, pero cuya expresión sólo es posible en ambientes favorables, donde los avances tecnológicos y de organización social han tenido un papel fundamental.

El papel de las condiciones de vida sobre la longevidad y la esperanza de vida al nacer se pone de manifiesto al analizar a sociedades del pasado y a los grupos actuales de cazadores-recolectores.

Hacia mediados del siglo XX se acumularon las condiciones favorables para quienes fueron adultos en esos tiempos pudieran llegar en mayor número a edades avanzadas y esta tendencia continúa ahora.

Desde toda perspectiva, la forma de envejecer es un proceso personal donde intervienen la dotación genética y la interacción con el ambiente a lo largo de la biografía de cada individuo.

Las sociedades tienen formas estereotipadas para considerar a los ancianos, y a causa de ellas se obstaculiza su valoración real y obstruyen las acciones para favorecerlos.

Hacen falta estudios prospectivos sobre los efectos sociales del aumento de ancianos en distintos contextos sociales, con el fin de establecer los servicios necesarios para asegurar su bienestar.

La vida de los ancianos dentro de sus familias es y ha sido una alternativa positiva, en la mayor parte de las situaciones, para asegurar su bienestar.

Debemos estar atentos a las alternativas que ofrece la sociedad, particularmente aquellas concebidas como negocio o como servicio. Algunas satisfacen necesidades reales, mientras otras son nocivas. Las normas y la supervisión para su funcionamiento son aún insuficientes, así como la preparación del personal a su cargo.

Referencias

1. Wilmoth, J. R. y Robine, J. M., The World trend in maximum life span, en Carey James, R. y Shripad Tuljapurkar (eds.), *Life span, evolutionary, ecological and demographic perspectives*, Nueva York, Population Council, 2003.
2. Ruz Luhuillier, A., Gerontocracy at Palenque?, en Norman Hammond (ed.), *Social process in Maya prehistory: studies in honour of Sir Eric Thompson*, Londres, Academic Press, 1977.
3. Grube, N., Las antiguas biografías mayas desde una perspectiva comparativa, en Tiesler, V. y Cucina, A. (eds.), *Janaab'Pakal de Palenque, vida y muerte de un gobernante maya*, México, UNAM/Universidad Autónoma de Yucatán, 2004: 229-260.
4. Vallois, H. V., The social life of early man. The evidence of skeletons, *Yearbook of Physical Anthropology*, 1964: 110-131.
5. Caspari, R., Lee, S. H., Older age becomes common late in human evolution, *Proc. Natl Acad. Sci., USA*, 2004, 101 (30): 10895-10900.
6. Hawkes, K. y O'Connell, J. F., How old is human longevity?, *Journal of Human Evolution*, 2005, 49: 650-653.
7. Ceja Moreno, M. y Hernández Espinoza, P. O., Algunos datos demográficos de la población novohispano de la ciudad de México, en Márquez Morfín, L. y Gómez de León, J. (comps.), *Perfiles demográficos de poblaciones antiguas de México*, México, Consejo Nacional de Población/Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1998: 126-154.
8. Hernández Espinoza, O. P., Los estudios paleodemográficos en México, *Revista Argentina de Antropología Biológica*, 1999, 2 (1): 335-355.
9. Ortega Muñoz, A., La paleodemografía, ¿un instrumento para simular el comportamiento demográfico del pasado? Análisis comparativo con la demografía histórica en la ciudad de México del siglo XIX, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 2004, 55: 181-214.
10. Ortega Muñoz, A., Los mayas prehispánicos de El Meco. La vida, la muerte y la salud en la costa oriental de la península de Yucatán, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Colección Científica 520, 2007.
11. Wilkinson, R. G. y Norelli, R. J., A biocultural analysis of social organization at Monte Albán, *American Antiquity*, 1981, 46 (4): 743-758.
12. Gurven, M. y Kaplan, H., Longevity among hunter-gatherers: a cross cultural examination. *Population and Development Review*, 2007, 33 (2): 321-365.
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*, México, INEGI, 2005.
14. Sánchez-Rodríguez, M. A.; Mendoza-Núñez, V. M.; García-Sánchez, A.; González-González, B.; Rodríguez-Torres, E. y González-Obregón, A., Valores de referencia de poblaciones selecta y adulta de la ciudad de México: parámetros bioquímicos y hematológicos, *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 1998, 32 (3): 397-405.
15. Mendoza-Núñez, V. M.; Martínez-Maldonado, M. L. y Vargas-Guadarrama, L. A., Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez, México, Facultad de Estudios Zaragoza, UNAM, 2008.
16. Wu, C. Y.; Yu, T. J. y Chen, M. J., Age related testosterone level changes and male andropause syndrome, *Chang Gung Medical Journal*, 2000, 23 (6): 348-363.
17. Vermeulen, A., Environment, human reproduction, menopause and andropause. *Environmental Health Perspectives Supplements*, 1993, 101 (Suppl. 2): 91-100.
18. Hawkes, K., Grandmothers and the evolution of human longevity, *American Journal of Human Biology*, 2003, 15: 380-400.
19. Bogin, B. y Holly Smith, B., Evolution of the human life cycle, en Stinson, S.; Bogin, B.; Huss-Ashmore, R. y O'Rourke, D. (eds.), *Human Biology, an evolutionary and cultural perspective*, Nueva York, John Wiley & Sons, 2000: 377-424.
20. Vargas-Guadarrama, L. A.; Martínez-Maldonado, M. L.; Vivaldo-Martínez, M. y Mendoza-Núñez, V. M., El viejismo a través de la historia, en Mendoza-Núñez, V. M.; Martínez-Maldonado, M.L. y Vargas-Guadarrama, L. A., *Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez*, México, Facultad de Estudios Zaragoza de la UNAM, 2008: 33-75.
21. Márquez Morfín, L., Los parroquianos del Sagrario Metropolitano: panorama sociodemográfico, en Márquez Morfín, L. y Gómez de León, J.

Las condiciones bioculturales y el envejecimiento

- (comps.), *Perfiles demográficos de poblaciones antiguas de México*. México: Consejo Nacional de Población/Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1998: 95-125.
22. Harper, G. J. y Crews, D. E., Aging, senescence and human variation, en Stinson, S.; Bogin, B.; Huss-Ashmore, R. y O'Rourke, D. (eds.), *Human Biology, an evolutionary and cultural perspective*. Nueva York, John Wiley & Sons, 2000: 465-505.
23. Launer, L. J. y Harris, T., Weight, height and body mass index distributions in geographically and ethnically diverse samples of older persons, *Age and Ageing*, 1996, 25: 300-306.

Cuadro 1. Algunos datos sobre la población mayor de 60 años de edad y la esperanza de vida en México antiguo

| Sitio y temporalidad | Total de esqueletos | + 60 años total | + 60 años mujeres | + 60 años hombres | Esperanza de vida al nacimiento |
|---|------------------------|-----------------|--|---|---------------------------------|
| Tlatilco (1450 hasta 600 a.C.) ⁸ | 466 | | 3.53% | 0.00% | 26.6 años |
| Teotihuacán, Tlajinga 33, Clásico (150 a.C. hasta 750 d.C.) ⁸ | 206 | 2.00% | | | |
| Monte Albán, Clásico (500 a.C. hasta 650 d.C.) ¹¹ | E: 133 T: 191 | | E Etapa I-II 1.66% E Etapa III-IV 6.66% E Etapa V 3.44% T Etapa I-II 0.00% T Etapa III-IV 2.70% T Etapa V 0.00% | E Etapa I-II 0.00% E Etapa III-IV 3.44% E Etapa V 50.00% T Etapa I-II 0.00% T Etapa III-IV 4.05% T Etapa V 0.00% | |
| Palenque, Clásico tardío (700 hasta 800 d.C.) ¹⁰ | | | | | 25.1 años |
| La Mesa, Clásico tardío (600 hasta 900 d.C.) ¹⁰ | | | | | 17.7 años |
| Cholula, Posclásico (700 hasta 1521 d.C.) ² | 494 | 1.7%* | | | 23.7 ¹⁰ |
| El Meco, Quintana Roo, Posclásico (1200 hasta 1521 d.c.) ¹⁰ | 49 | 4.08% | 11.76% | 0.00% | 26.8 años |
| Tenochtitlán, Posclásico (900 hasta 1521 d.C.) ¹⁰ | | | | | 24.6 años |
| Teotenango, Posclásico (900 hasta 1521 d.C.) ¹⁰ | | | | | 19.1 años |
| San Gregorio Atlapulco, Xochimilco, Posclásico (1325 hasta 1521 d.C.) ¹⁰ | | | | | 17.5 años |
| Atzacapotzalco, Posclásico (1428 d.C.) ⁸ | 150 | 0.0% | | | 19 años |
| Catedral de México, siglo XVIII (Temp. 1976) ⁸ | 593 | 3.09 % | | | 24 años |
| Catedral de México, siglo XVIII (Temp. 1982) ⁸ | 146 | 0.68% | | | 25 años |
| Convento de Nuestra Señora de la Encarnación (Siglo XVIII) ⁷ | 119 (Todas mujeres) | | 0.00% | | 32.5 años |
| Panteón de Santa Paula, Ciudad de México, siglo XIX ⁹ | 203 | 2.46% | 2.02% | 2.88% | 23.71 años |

* En este caso el rango de edad es de 56 hasta 75 años.

Los datos de la referencia 11 corresponden a Wilkinson y Norelli, 1981. En ellos E significa que el esqueleto procede de un entierro común y T que proviene de una tumba de un grupo social de élite. El trabajo original compara los datos demográficos de los dos estratos sociales.

Nota: los porcentajes de mayores de 60 años para hombres y mujeres están calculados conforme al número de esqueletos de su mismo sexo.

Las condiciones bioculturales y el envejecimiento

Cuadro 2. Esperanza de vida al nacimiento en años en el mundo (siglos XVII al XX)

| País | Temporalidad | Años de esperanza de vida al nacer |
|--------------------|---------------------|------------------------------------|
| Catedral de México | Siglos XVII y XVIII | 24.29 |
| Suecia | 1755 hasta 1776 | 33.20 |
| Francia | 1795 | 23.37 |
| Suecia | 1816 hasta 1840 | 39.50 |
| Países Bajos | 1816 hasta 1825 | 29.32 |
| Países Bajos | 1840 hasta 1851 | 34.94 |
| Inglaterra | 1841 | 40.19 |
| Chile | 1919 hasta 1922 | 30.90 |
| China rural | 1929 hasta 1931 | 34.85 |
| Egipto | 1927 hasta 1937 | 30.20 |
| México | 1930 | 32.44 |

Datos tomados de Márquez Morfín, 1998.²⁰

Cuadro 3. Cambios de la esperanza de vida al nacimiento en años, 1930-2000

| Año | Esperanza de vida al nacer en mujeres | Esperanza de vida al nacer en hombres |
|------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1930 | 34.7 | 33.9 |
| 1940 | 39.8 | 38.8 |
| 1950 | 48.7 | 46.9 |
| 1960 | 59.4 | 57.5 |
| 1970 | 63.0 | 60.9 |
| 1980 | 69.4 | 66.2 |
| 1990 | 74.1 | 71.2 |
| 2000 | 76.5 | 74.0 |

Datos tomados del INEGI, 2005.¹⁹

Cuadro 4. Principales cambios morfológicos y fisiológicos durante el proceso de envejecimiento humano

| Sede corporal | Cambio | Efecto |
|---------------------------------|---|---|
| Cuerpo en su conjunto | Aumento de peso hasta los 50 años de edad y posterior disminución. Escaso aumento de la estatura y la envergadura entre los 30 y 34 años y paulatina disminución a partir de los 40 años de edad. | Disminución de la masa y el tamaño del cuerpo (estatura) y, por lo tanto, del índice de la masa corporal (ver Cuadro 5). |
| Dimensiones lineales del cuerpo | Aumento del índice torácico hasta los 70 a 74 años de edad. Aumento de la anchura biacromial hasta los 35 a 39 años de edad y disminución a partir de los 55. Aumentan la anchura y profundidad del tórax entre los 45 y 54 años de edad. Aumenta la talla sentado entre los 35 a 39 años y después disminuye. Aumenta el perímetro de la cabeza hasta los 35 a 39 años de edad y disminuye después de los 54. Aumenta el índice cefálico hasta los 40 años y después disminuye. Aumenta el índice cefálico-facial hasta los 75 a 79 años de edad. La altura facial total aumenta hasta los 30 a 34 años de edad y disminuye después. El índice facial aumenta hasta los 25 a 29 años de edad y después disminuye. La altura de la nariz aumenta entre los 50 y 59 años, mientras su anchura continúa aumentando. | Alteración de algunas dimensiones corporales y del aspecto general: aumento del volumen torácico, disminución de la anchura de los hombros, disminuye la longitud de las extremidades inferiores en relación con el conjunto del tronco y la cabeza, leve reducción del tamaño de la cabeza, mientras aumenta el tamaño relativo de la cara, aunque la cara se hace menos larga, pero la nariz se hace más larga y ancha. |
| Composición corporal | Disminución de la masa corporal hasta el 30%. Disminución del agua corporal hasta 50%. Con frecuencia, aumento de la grasa corporal. | Menor fuerza muscular y frecuente aumento de la adiposidad a expensas de la masa muscular. |
| Piel | Pérdida de hidratación cutánea. Disminución del tamaño y función de las glándulas sudoríparas, folículos pilosos y uñas. Atrofia de la epidermis. Disminución de las fibras elásticas y de la grasa subcutánea. Hiperqueratinosis. | Piel seca, delgada, arrugada, reseca y frágil. Disminución de la capacidad aislante de la piel. |

Las condiciones bioculturales y el envejecimiento

| Sede corporal | Cambio | Efecto |
|--------------------------|--|---|
| Ojos | Disminución de la grasa que rodea al globo ocular. En ocasiones laxitud de los párpados que dificulta la distribución de las lágrimas sobre el globo ocular. Disminución del tamaño y funcionamiento de las glándulas lacrimales. Disminución de la elasticidad del cristalino. Con frecuencia aparecen cataratas. Alteraciones de los músculos oculares, el iris y las células de la retina. | Los ojos aparecen hundidos, con lagrimeo reducido, aunque puede estar aumentado si hay caída del párpado. Pupilas contraídas, reflejos lentos a la luz y para la acomodación. Dificultad para ver de cerca y para adaptarse a la oscuridad. Las cataratas alteran la apreciación de colores y la agudeza visual. En general, agudeza visual disminuida. |
| Boca | Atrofia de la encía y la mucosa de la lengua. Pérdida o disfunción de las papilas gustativas. Pérdida o movilidad de los dientes. Menor producción de saliva, aunque puede aparecer el babeo. | Lengua lisa. Boca seca y ardorosa. Trastornos del gusto. Dificultad para masticar. Predisposición a caries radiculares e infecciones bucales. |
| Oído | Adelgazamiento y resequedad de la piel de los pabellones auditivos. Aumento de la descamación del conducto auditivo. Pérdida de la elasticidad de la membrana timpánica. Descalcificación de los huesecillos del oído y alteraciones degenerativas internas. | Hipoacusia o sordera. Dificultad para percibir los tonos de alta frecuencia. Zumbidos del oído. Problemas del equilibrio que favorecen las caídas. Propensión a formar tapones de cerumen. |
| Nariz, faringe y laringe | Aumento del tamaño y anchura de la nariz. Atrofia de las células olfatorias. Disminución de la elasticidad de los músculos y cartílagos faríngeos. | Dificultad para percibir los olores. Trastornos de la deglución. |
| Órganos digestivos | Disminución de la motilidad intestinal y de la secreción gástrica. Atrofia de la mucosa gástrica. Deficiencia para la absorción. Fallas de la función hepática. | Problemas para digerir los alimentos. Disminución de la absorción intestinal. Intolerancia a la ingesta abundante de alimentos. Fallas en el metabolismo hepático de algunos medicamentos. |
| Órganos circulatorios | Endurecimiento de los vasos sanguíneos. Formación de placas de ateroma, calcificación de las válvulas cardiacas y estrechamiento de la luz vascular. Disminución de la frecuencia cardiaca. Con frecuencia existe insuficiencia venosa en los miembros inferiores. | Hipertensión arterial. Hipotensión ortostática. Bradicardia. Menor capacidad para realizar esfuerzos físicos. |
| Órganos respiratorios | Disminución de la elasticidad de la caja torácica. Debilidad de los músculos respiratorios. | Restricción de la función respiratoria. Mayor susceptibilidad a infecciones respiratorias |

| Sede corporal | Cambio | Efecto |
|--|---|---|
| Órganos respiratorios | Disminución de la elasticidad bronquial y de la función ciliar. Degeneración del epitelio y las glándulas mucosas bronquiales. | Disminución de la capacidad para la actividad física. |
| Órganos urinarios | Atrofia de las nefronas y de la filtración renal. En los hombres hipertrofia de la próstata. | Disminución de la capacidad para excretar metabolitos y entre ellos los de los medicamentos. Dificultad para la micción en los hombres. |
| Órganos reproductivos | En los hombres: disfunción eréctil. En las mujeres: disminución del grosor y la función de la mucosa genital y laxitud de los músculos del periné. | Dificultades para el coito. En las mujeres propensión a prolapsos, incontinencia secundaria a esfuerzo, resequedad vaginal. |
| Órganos nerviosos | Disminución del tamaño del encéfalo, incluida la pérdida de neuronas. Disminución de la velocidad de conducción nerviosa. Aumento del tiempo para las respuestas reflejas. Disminución de la producción de neurotransmisores y sus receptores. | Lentitud para la coordinación sensitiva y motora. Falta de coordinación de la postura. Disminución de la memoria de corto plazo y dificultades para el aprendizaje. Problemas para regular la temperatura corporal y apreciar el dolor visceral. |
| Órganos locomotores | Atrofia muscular. Osteoporosis. Degeneración de ligamentos, tendones y articulaciones. | Menor fuerza muscular. Problemas para la coordinación muscular. Disminución de la estatura. Dificultad para moverse y principalmente para la marcha. |
| Órganos endocrinos | Disminución de la función tiroidea. Aumento de la hormona paratiroidea. Resistencia a la insulina. Disminución de la producción de hormonas sexuales. | Predisposición a la diabetes mellitus. Osteoporosis. Aparición del climaterio en las mujeres. Disminución del deseo sexual. |
| Órganos inmunológicos | Disminución y alteración de la inmunidad celular y humoral. | Predisposición a infecciones. Reactivación de enfermedades, por ejemplo: tuberculosis y herpes zóster. Susceptibilidad a enfermedades autoinmunes. Aumento de la posibilidad de neoplasias y cánceres. |
| Datos de bioquímica clínica en mayores de 60 años, comparados con adultos de entre 25 y 45 años de edad* | Valores más bajos de la fórmula roja. Valores más altos de colesterol, ácido úrico, colesterol de baja densidad y más bajos de colesterol de alta densidad. Disminución de los indicadores de la función tiroidea | Cambios en las cifras consideradas normales de algunos parámetros que indican cambios en el metabolismo. |

Basado parcialmente en Harper y Creas, 2000.²¹

* Datos parcialmente tomados de Sánchez Rodríguez y cols., 1998.¹⁴

Las condiciones bioculturales y el envejecimiento

Cuadro 5. Cambios del índice de la masa corporal con la edad

| Lugar de estudio | Mujeres 60 a 69 años media y (d.e.) | Hombres 60 a 69 años media y (d.e.) | Mujeres 70 a 79 años media y (d.e.) | Hombres 70 a 79 años media y (d.e.) | Mujeres 80 a 89 años media y (d.e.) | Hombres 80 a 89 años media y (d.e.) |
|----------------------------|---|---|---|--|---|---|
| Guatemala | 22.4 (3.3) | 21.3 (2.6) | 21.4 (4.4) | 20.2 (2.2) | 20.7 (4.1) | 19.6 (2.3) |
| China (nacional) | 21.7 (3.9) | 20.8 (3.0) | 21.7 (3.99) | 21.0 (3.3) | 19.6 (3.1) | 21.0 (2.6) |
| Italia (17 lugares) | 28.6 (4.5) | 26.6 (4.6) | 28.6 (4.5) | 25.5 (4.3) | 27.0 (5.0) | 25.1 (3.7) |
| Brasil (nacional) | 25.8 (6.7) | 23.7 (5.4) | 25.8 (6.7) | 22.9 (5.0) | 23.9 (4.9) | 22.4 (4.1) |
| Padua, Italia | 29.0 (5.0) | 26.9 (3.7) | 29.0 (5.0) | 26.5 (3.8) | 26.6 (4.7) | 25.1 (3.6) |
| Finlandia (nacional) | 27.8 (4.5) | 26.0 (3.7) | 27.8 (4.5) | 25.6 (3.7) | 25.6 (4.0) | 24.3 (3.9) |
| EUA (blancos, nacional) | 26.5 (5.3) | 26.4 (4.0) | 26.5 (5.3) | 25.6 (3.7) | 24.4 (5.0) | 24.6 (3.1) |
| Rotterdam, Holanda | 26.8 (2.9) | 25.8 (2.9) | 26.8 (2.9) | 25.8 (3.3) | 26.9 (3.4) | 24.9 (3.4) |

Datos de Launer y Harris, 1996.²²

El curso de vida

Victoria Eugenia Arango Lopera*

Introducción

En el transcurso de la segunda mitad del siglo XX se produjeron cambios en las perspectivas teóricas acerca del desarrollo humano; una característica de estos cambios fue el creciente interés en la influencia de factores culturales e históricos. Hasta entonces no existía un concepto serio acerca de la diversidad cultural, se consideraba a las sociedades en distintas etapas de desarrollo. Se empezó a examinar la relación entre la historia y las vidas de cada individuo, lo que dio origen a sociologías del desarrollo social y cultural que se replanteaban la división de la vida humana en etapas.¹ Adicionalmente, dicho planteamiento puso en evidencia cómo la sociedad construye y propone modelos, una especie de organizador del desarrollo de la vida de las personas. Ese modelo norma comportamientos esperables y roles según la edad.¹⁻³

Aplicaciones tempranas que llevan a la formación de teorías del curso de la vida surgen desde las primeras décadas del siglo XX;⁴ sin embargo, sólo hasta mediados de los años sesenta aparecen los estudios centrados en la variabilidad de los patrones según la edad, los efectos del desarrollo y las implicaciones de los cambios históricos, estos últimos son los que tuvieron más importancia en las investigaciones de las dos décadas posteriores, por ejemplo, el resultado de la Gran Depresión sobre el estado subjetivo de bienestar.

Para el final del siglo XX, la aproximación de curso de vida fue considerada un paradigma emergente,⁵ con métodos y teoría distintivos, definiéndola como un campo de guía para la investigación en identificación de problemas y de desarrollo conceptual. Actualmente

esta perspectiva continúa vigente y sintetiza con otros campos de estudio, como la Gerontología, el desarrollo humano, la expectativa de vida, la teoría del estrés y la historia familiar, entre otros.⁶

Definiciones

El curso de vida como concepto hace referencia a la estratificación por edad y a la secuencia de roles socialmente atribuidos, que interconectan las etapas vitales. Como paradigma estudia, en forma interdisciplinaria, el desarrollo de la vida humana: adicionalmente, analiza e integra en un marco común,

- las interacciones y la interdependencia entre los desarrollos biológico y psicológico del individuo,
- los marcos sociohistóricos en los cuales transcurre la vida,
- los modelos de cursos de vida que toda sociedad produce y
- las trayectorias individuales de vida que se desarrollan en el marco de las obligaciones y las posibilidades.

También se ha definido como un modelo construido por la sociedad y propuesto a los individuos como principio organizador del desarrollo de su vida. Sería, por tanto, un sistema de normas que genera, por un lado, los roles de edad, y por el otro, las transiciones asociadas con etapas típicas.^{2,7}

La expresión “trayecto de vida” o “curso de vida” abarca realidades, significados y usos diferentes según

* Maestra en Bioética. Subdirectora de Desarrollo y Extensión Académica del Instituto Nacional de Geriátrica.

los autores o los marcos teóricos, y algunos de ellos la utilizan de manera intercambiable, junto con otros términos tales como trayectoria de vida o biografía. Como se evidencia, ninguna tiene un sentido único. Se opone completamente a expresiones como “ciclo de vida”, debido a que se equipara ciclo con el concepto biológico de nacimiento, crecimiento y reproducción, declinación y muerte. El paradigma del curso de vida ha intentado alejarse de este modelo, considerándolo simplista y ajeno a lo propio del ser humano, que consiste en su carácter psicológico, social e histórico y no puramente biológico.⁸⁻⁹

La perspectiva del curso de vida se refiere a la manera en que el estado de salud, a cualquier edad, para una cohorte de nacimiento determinada, refleja las condiciones contemporáneas y la manifestación de las circunstancias vitales previas, incluida la etapa intrauterina. Lo que importa es la trayectoria que ha seguido el desarrollo de las personas a lo largo del tiempo, conformado por el período histórico en que vive y en relación con el marco social, económico, político, tecnológico y ecológico de la sociedad a la que pertenece. La perspectiva de curso de vida hace énfasis en las vías en que los seres humanos son interdependientes y pone a la familia como el primer sitio para experimentar el mundo.¹⁰⁻¹²

Principios de la perspectiva de curso de vida

Varios puntos y conceptos fundamentales caracterizan la aproximación desde la teoría de curso de vida. A continuación se definirán los puntos; más adelante, en el Cuadro 1, se hablará de los conceptos.

1. Localización geográfica y sociohistórica: incluye, además de lo obvio, eventos geopolíticos, ciclos económicos e ideologías. Por tanto, las decisiones y los comportamientos no ocurren en el vacío debido a que las personas –y las familias– interactúan con lo sociohistórico.
2. Tiempo de vivir: tres clases de tiempo son fundamentales en la perspectiva que se está analizando: el individual u ontogénico, el generacional y el histórico.¹³ El primero se refiere a la edad cronológica. El generacional hace referencia a los grupos de edad en los cuales la gente se agrupa basados en su edad: por ejemplo, las personas nacidas entre 1946 y 1964 son definidas como la generación del *baby-boom*. Finalmente, el tiempo histórico hace referencia a grandes cambios sociales

y cómo afectan a los individuos y las familias, por ejemplo, cambios económicos o políticos, guerras o innovaciones tecnológicas, entre otros.

3. Heterogeneidad o variabilidad: es utópico pretender que un grupo de personas, por tener la misma edad, compartan las mismas perspectivas; las generaciones no son colecciones homogéneas de personas. Más aún, difieren en términos de género, clase social, estructura familiar, etnicidad y religión, entre otros. Adicionalmente, la capacidad de adaptación a lo largo del curso de vida varía debido a todos esos elementos. Este punto de la variabilidad reconoce particularmente la diversidad asociada con el envejecimiento: a mayor duración de una vida, mayor exposición a factores que influyen en el mismo envejecimiento.
4. Interdependencia y lazos sociales con otros: las vidas son interdependientes y están recíprocamente conectadas en varios niveles. Experiencias sociales e individuales están unidas a través de la familia, y sus redes de relaciones compartidas; por tanto, un macro evento –por ejemplo, la guerra– o uno micro, como la pérdida de un ser querido, afecta a todo el núcleo familiar. Adicionalmente, los miembros de una familia coordinan sus propias vidas mediante las expectativas de los demás miembros del grupo.
5. Control personal: de acuerdo con la perspectiva de curso de vida, los individuos son agentes activos, lo que implica que median el efecto de la estructura social, pero a su vez la afectan mediante las decisiones que toman. Sin embargo, debe reconocerse que la habilidad de tomar decisiones depende de las oportunidades. Aunado a lo anterior, existe la idea de control, que implica que tanto individuos como familias modifican sus expectativas y comportamientos en respuesta a los cambios en las necesidades y los recursos. Lo anterior se puede sintetizar así: para bien o para mal, las personas son en gran medida constructoras de su propio curso de vida, limitadas por la biología, la historia, la estructura social, fortuna y tantos otros factores.¹⁴
6. Cómo el pasado cambia el futuro: otro punto importante en esta perspectiva es cómo las decisiones tempranas, las oportunidades y las condiciones generales afectan los resultados posteriores. El pasado, por tanto, tiene la característica de poder modificar el presente y el futuro: sin embargo, el efecto dominó no se ve únicamente a nivel individual:

una generación puede transmitir a la siguiente las consecuencias de sus actos.¹⁵

7. Las dimensiones de la edad: la edad cronológica no es en sí misma el único factor involucrado en el tiempo de vida; la edad implica diferencias en roles y comportamientos, y debe ser abordada desde una aproximación biopsicosocial,¹⁶⁻¹⁸ aunque debe añadirse lo espiritual.

- a. **Edad biológica:** indica en una persona el nivel biológico de desarrollo, o de cambios, y se relaciona con la salud física. Se refiere a la posición actual de una persona dentro del ciclo vital. Aunque simple la definición, el método ideal para calcularla no existe. Se ha propuesto que los investigadores en curso de vida se unan con especialistas médicos —expertos en ciclo vital— para evaluar exactamente el porqué de los cambios que llevan hacia enfermedades crónicas, los cambios genéticos tardíos y la influencia social en el envejecimiento biológico.
- b. **Edad psicológica:** tiene componentes comportamentales y perceptivos. Los primeros hacen referencia a las capacidades que tiene el ser humano para adaptarse a los cambios ambientales;

están involucrados la memoria, el aprendizaje, la inteligencia, la motivación y las emociones. La parte perceptual está más circunscrita a los ancianos y hace referencia a cómo se perciben a sí mismos, qué tan viejos se consideran.

- c. **Edad social:** se refiere a los comportamientos que espera una sociedad dada, para un tiempo dado. Pueden ser expectativas informales o leyes y reglas formales, por ejemplo, a qué edad se permite el consumo de alcohol. A través de la aproximación de curso de vida, claramente se espera —no únicamente por el momento histórico que se vive, sino por el género, la raza, la clase social y la etnia— un comportamiento específico. A pesar de lo anterior, es necesario tener en mente que la naturaleza de esos comportamientos es construida y, por tanto, cambiante, por ejemplo, con expectativas de vida más largas, más etapas para involucrar en el curso de vida y más comportamientos para definir.
- d. **Edad espiritual:** indica la posición actual de una persona en la búsqueda de “algo”. Esta edad es, para la mayoría de los autores, la equivalencia a crecer, a estar en un proceso sin fin; en una trayectoria, pero no lineal.

Cuadro 1. Conceptos fundamentales en la perspectiva de curso de vida

Cohorte: grupo de personas que nacieron en el mismo momento histórico, que experimentan cambios sociales particulares, dentro de una cultura dada;¹⁹⁻²⁰ su tamaño afecta las oportunidades educativas, laborales y familiares, lo que implica que cada miembro establece estrategias de adaptación. Ejemplos de cohorte: la generación del *baby boom* o la generación Y.

Programación biológica: proceso por el cual un estímulo o un insulto, que opera en un período crítico del desarrollo, tiene una importancia temporal o permanente.

Transición: cambio en los roles y el estatus que obliga a dejar los anteriores.⁹ Dichos cambios son discretos y graduales, e implican el cierre de una fase y la apertura de otra. Generalmente están acompañadas de ceremonias sociales. Ejemplos de transiciones: entrar a la escuela, conseguir un trabajo, casarse, jubilarse, etc.

Evento vital: implica un cambio abrupto que puede producir efectos serios y a largo plazo.^{18,20} Se refiere específicamente al evento como tal y por eso se diferencia de la transición, la cual ocurre en forma gradual.

Trayectoria: es un patrón estable, de larga duración, que usualmente implica múltiples cambios y transiciones. Se caracteriza por tener continuidad en su dirección. Ejemplos: trayectorias familiares, educacionales, laborales, etc.

Punto de cambio o hito: se refiere a los eventos sustanciales que modifican, o alteran, la dirección del curso de vida de forma definitiva. Estudios longitudinales evidencian tres clases de eventos que sirven como puntos de cambio: aquellos que abren o cierran oportunidades, los que modifican el ambiente personal y eventos que cambian el autoconcepto, las creencias o las expectativas.

| Ventajas | Desventajas |
|---|--|
| <p>Pone gran atención al impacto de los cambios sociales e históricos sobre el comportamiento humano, lo cual es particularmente importante en una sociedad en permanente cambio y crecimiento.</p> | <p>No siempre es clara la metodología a usar en las investigaciones en el tema: ¿deberían realizarse investigaciones transversales, tomando cohortes de diferentes edades y comparándolas entre sí, o deberían hacerse estudios longitudinales, siguiendo la misma cohorte durante 10 a 20 años? Para una misma condición existen diferentes factores de riesgo, en diferentes momentos de la vida. ¿Cómo precisar la interacción y la interdependencia de éstos?²²</p> |
| <p>Trabaja de la mano con las teorías biopsicosociales, pero enfatiza las relaciones intergeneracionales y la interdependencia de los otros.</p> | <p>Aunque atender la diversidad y la heterogeneidad es la mayor fortaleza de esta perspectiva, al igual que otras teorías, trata de unificar los patrones de comportamiento humano.</p> |
| <p>No es determinista y reconoce las fortalezas de las personas y sus capacidades de cambio y adaptación.</p> | <p>No es una teoría de aplicación global. Actualmente su estudio se dedica más a sociedades industrializadas.²³</p> |
| <p>Enfatiza la maleabilidad de los factores de riesgo y, por tanto, reconoce el sinnúmero de posibilidades de intervenciones preventivas.²⁴</p> | <p>Tiene aún, en muchos casos, marcada dificultad de ligar el micromundo de un individuo con el macromundo social.</p> |

Ventajas de la perspectiva de curso de vida

Como una herramienta usada para el conocimiento del comportamiento humano, la perspectiva de curso de vida tiene ventajas y desventajas sobre otras teorías dedicadas al estudio del desarrollo personal²¹ (Cuadro 2).

Curso de vida: envejecimiento y vejez

El envejecimiento se define como el proceso que inicia desde la concepción y una de cuyas características son los cambios progresivos en las estructuras biológica, psicológica y social de los individuos. El funcionamiento del sistema biológico se incrementa durante los primeros años de vida y logra su máximo desempeño durante la adultez, para luego empezar a declinar; sin embargo, el desempeño puede variar por una serie de factores externos a lo largo del curso de vida. La salud y la actividad durante la vejez son, por tanto, el resumen de las circunstancias de vida y las acciones a lo largo de los años. Esto implica que las personas adopten conductas saludables tempranas y que se adapten adecuadamente a los cambios propios de los diferentes momentos. A pesar de lo anterior es necesario tener en mente que algunos eventos pueden no ser modificables por el individuo.

Como se mencionó, existen factores socioeconómicos y ambientales que pueden afectar el proceso de envejecimiento y predisponer a enfermedades durante la vejez. Adicionalmente, hay importantes diferencias de género, en la forma en que se envejece, por ejemplo, expectativas de vida más largas para las mujeres, pero con mayores discapacidades que los hombres.

Es útil ver a los ancianos como producto de los sucesos que ocurren a través de la vida. Existe una serie de eventos que culturalmente son definidos como normales para cada etapa; en la niñez, la infancia y la juventud –los cuales ocupan las dos primeras décadas de la vida– tiene lugar la preparación para conseguir un trabajo, lo cual implica dependencia familiar. Posteriormente, la edad media conlleva un compromiso laboral mayor, el matrimonio y la construcción de una familia de forma independiente. Finalmente, durante la vejez se experimenta la partida de los hijos, el retiro laboral, quizás la viudez, la pérdida de algunas de las redes sociales y la mayor probabilidad de dependencia, particularmente en términos de limitaciones funcionales en actividades de la vida diaria.

Algunos autores²⁵ hacen referencia a que, desde una perspectiva social, la transición desde la juventud a la edad media puede ser vista como un incremento de los lazos sociales, a través del papel de la productividad. De la misma forma, la transición de la adultez temprana a la vejez puede verse como la pérdida de esos lazos, debido a que los papeles de productividad se han ido. Esta explicación puede ayudar a entender por qué los viejos más viejos (mayores de 80 años) se perciben a sí mismos como aislados de la sociedad, lo cual les genera sentimientos de inconformidad. De hecho, muchos autores consideran que una de las principales causas –o exacerbación– de trastornos del afecto en este grupo etario es la ausencia de importantes roles sociales. Sin embargo, este tipo de argumentos puede fomentar la estigmatización negativa de la vejez, así como los falsos conceptos de vulnerabilidad y de necesidad permanente de protección.

Aunque la distinción es arbitraria, es útil tratar de separar los efectos del proceso físico que afecta a las personas en la medida que envejecen, de las consecuencias sociales de lograr llegar a una avanzada vejez, aunque se entretengan unas con otras y en ocasiones no es fácil ubicar claramente los límites. En algunos casos, entre los cambios biológicos se encuentran envejecimiento, enfermedad y discapacidad, mientras que en los sociales se involucran pobreza –incluye carencia de seguridad social, ausencia de casa, aislamiento y dificultades en el transporte–, inmovilismo (alta frecuencia de discapacidades físicas, sumada a la inexistencia social de medios de soporte adecuados para el desplazamiento) y estigmas negativos de la vejez. En este último ítem vale la pena resaltar que generalmente los ancianos son menos asertivos que los jóvenes, lo que probablemente se debe a que crecieron en una cultura donde no les era permitido opinar, y con una sensación de no tener los mismos derechos que otras personas contemporáneas, de menor edad. Esto ha venido cambiando poco a poco y hoy existe el llamado “movimiento gris” y se espera que continúe creciendo. Para algunos, tradicionalmente, todo lo anterior constituye lo que es volverse viejo; sin embargo, para muchos otros –entre los cuales se encuentra la autora del presente capítulo– la anterior es una visión negativa, parcial y no real de la vejez.

Los primeros estudiosos de la perspectiva de vida se concentraron en la niñez y la vida intrauterina, pero estudios posteriores mostraron cómo diversas circunstancias a lo largo de la juventud y de la edad adulta

influyen la salud durante la vejez. Varias enfermedades crónicas como la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebro vascular y algunos tipos de cáncer parecen estar influidos por factores a través del curso entero de vida. Es evidente, por ejemplo, el efecto del tabaco a largo plazo: el concepto de paquetes fumados/año fue acuñado desde la década de los setenta. Existen factores claramente reconocidos que influyen en la salud en etapas posteriores de la vida; por ejemplo, la presencia de *Helicobacter pylori* durante la adolescencia se relaciona con la aparición de cáncer gástrico. Aunque los métodos innovadores están siendo aplicados para capturar las trayectorias dinámicas, la epidemiología de curso de vida está aún restringida por la limitada experiencia en cómo analizar los datos.^{22,26-29}

Ahondando un poco en lo anterior, la perspectiva de curso de vida incorpora la hipótesis del origen fetal de muchas enfermedades, la cual se ha denominado programación. Esta última hace referencia a las condiciones del ambiente intrauterino relacionadas con el desarrollo de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida.¹² A pesar de lo anterior, cada vez mayor evidencia sugiere que hay períodos críticos de crecimiento y desarrollo, no sólo en el útero o en la primera infancia, sino adicionalmente durante la adolescencia y la juventud, cuando las exposiciones ambientales harán más daño a largo plazo. En la misma época se desarrollan estrategias comportamentales, cognitivas y hábitos que influirán en el resto del curso de vida.³⁰

Modelos conceptuales del curso de vida relacionados con el envejecimiento

La clasificación más simple los agrupa en cuatro:

Modelo de períodos críticos: se refiere a cuando un insulto durante un momento específico del desarrollo tiene efectos a largo plazo sobre la estructura o funcionamiento de órganos, tejidos y sistemas corporales. A pesar del planteamiento del modelo, la evidencia sugiere qué factores a lo largo de la vida pueden modificar este riesgo inicial.

Este último planteamiento introduce el segundo modelo conceptual: un modelo de períodos críticos con efectos modificadores posteriores. Por ejemplo, la relación de enfermedad coronaria, hipertensión y resistencia a la insulina con bajo peso al nacer son particularmente fuertes en personas con sobrepeso.

El tercer modelo se refiere a la acumulación de riesgos independientes e insultos no correlacionados; el cuarto habla de la *acumulación de riesgo con insultos relacionados y cadenas de factores de riesgo*. Adicionalmente, los modelos hablan de cómo las personas con factores de riesgo similares tienden a agruparse; por ejemplo, quienes viven con niños en desnutrición, fumadores pasivos o procesos infecciosos durante la infancia. También podría hablarse de la presencia de círculos viciosos: niños con enfermedades respiratorias que obtienen niveles educativos más bajos por ausentismo logran menos estrategias sociales y psicológicas de desarrollo y, por tanto, más enfermedades o mayores consecuencias la causa de éstas en etapas posteriores de la vida, con el posible riesgo adicional de transmitirlo a la siguiente generación.³¹

El análisis del proceso de envejecimiento desde el curso de vida permite encontrar que:

1. Las personas perciben mayor cantidad de cambios en su juventud y la percepción de éstos va decreciendo a lo largo de la vida. Es importante anotar que la mayor percepción de cambios se da entre las mujeres.
2. A lo largo de la vida, los cambios evaluados como ganancias van decreciendo, mientras que los evaluados como pérdidas se incrementan y, al llegar a la gran vejez (más de 80 años), las pérdidas superan a las ganancias. Nuevamente, hay diferencias por géneros: son las mujeres quienes reportan menos pérdidas, tendencia que se hace más notoria en las octogenarias.
3. A lo largo de la vida las personas van disminuyendo las referencias a sí mismas y aumentando las de los demás, especialmente si son allegados. Las referencias a cambios en los otros entre las mujeres superan a las de sí mismas. Entre los hombres, en cambio, las referencias a sí mismos, si bien disminuyen, siempre son superiores a las de los demás.
4. Las esferas de la vida cambian con la edad y el género: en la juventud, la ocupación es la más importante, la familia y la pareja aparecen sólo como importantes. Entre las mujeres, la familia siempre ocupa el primer lugar, salvo entre los 35 y los 40 años, superada por la ocupación.

Entre los hombres, la ocupación es relevante salvo en el grupo de los 35-39 años, cuando el primer lugar es ocupado por la familia/pareja; la salud va creciendo en importancia, hasta ser prioritaria en la vejez, especialmente la avanzada.³²

5. Al referirse a las implicaciones sociales sobre la salud en el anciano, es fundamental considerar la edad de retiro. Actualmente se considera apropiada alrededor de los 65 años, en una época en que se espera que una persona viva al menos 25 años, y con buena salud, a partir de ese momento. Podría considerarse que este “error” tiene graves implicaciones públicas e individuales. Dicho error surge desde la limitación de definir normas sociales para edades definidas.

Si bien, como su nombre lo indica, el paradigma del curso de la vida es una potente herramienta teórica y metodológica para abordar todas las edades, su uso es cada vez más importante en el estudio de la mediana edad y la vejez.

Antiguamente, pasar a ser viejo-viejo, es decir, superar los ochenta años, implicaba atravesar el límite absoluto de la vida; sin embargo, en la actualidad se constituyen en el grupo etario con mayor crecimiento demográfico; grupo que, afortunadamente, se reconoce cada día como constituido por seres humanos muy mayores, mas no necesariamente enfermos. El estudio interdisciplinario Swilsoo,¹ llevado a cabo durante cinco años en una población de octogenarios, sostenido y financiado por el Fondo Nacional Suizo de Investigación Científica, tuvo como propósito presentar las vidas de sujetos de ochenta y más, en sus diversas facetas, desde una perspectiva antropológica y psicosociológica. El trabajo de campo se extendió de 1994 a 1999. La recolección anual de las observaciones se basó en la palabra de los participantes, en sus propios testimonios. La muestra inicial fue de 340 personas de ambos sexos, la selección fue aleatoria, asegurándose la mayor diversidad de situaciones humanas. A tal fin, se buscaron dos entornos muy contrastantes del país: por un lado, el cantón de Ginebra, región metropolitana y cuya población pertenece, en general, al sector terciario de la economía, y por el otro, el cantón de Valais, región alpina de tradición católica, con un pa-

sado agrícola, sometido a fuertes cambios a partir de la década de 1970. La muestra final fue de 172 casos.

En el estudio, la edad se abordó desde una perspectiva de curso de la vida que permitió distinguir diferentes estados en función del grado de dependencia: independientes, frágiles, dependientes. Se analizó la dinámica de la salud funcional durante este período de vida. La evolución durante los cinco años mostró la tendencia al declive de la autonomía en la edad muy avanzada, mientras que el análisis de las transiciones, entre los diferentes estados de funcionalidad, señaló su estabilidad a corto y a largo plazo.³³⁻³⁴

Conclusión

El desarrollo humano es un proceso multidimensional y multidireccional que ocurre a lo largo de la vida, y aunque los individuos construyen su curso de vida, es a través de opciones y acciones, en relación con las oportunidades y las implicaciones del contexto, que puede hacerlo.³⁵ El curso de la vida es visto como una secuencia de edades estructuradas, socialmente definidas, que interactúan y fluctúan en un tiempo histórico y un lugar determinados. Esta visión proviene de la comprensión de que los cambios de los individuos a lo largo de la vida tienen consecuencias para el desarrollo, y que un cambio histórico puede cambiar su curso y las trayectorias evolutivas, modificando caminos previamente establecidos.

Reflexiones finales

1. Es innegable que existen una serie de factores externos que influyen en la vejez y en el envejecimiento,

pero adicionalmente es obligatorio introducir el autocuidado –dentro de la corresponsabilidad familiar y social– como estrategia formal de los sistemas sociosanitarios en el curso de vida.

2. Se requiere mucha más investigación que permita generar programas y políticas en torno a curso de vida, envejecimiento y vejez.
3. Las condiciones de vida de la vejez se adquieren a lo largo del envejecimiento, y en la última etapa sólo se manifiestan. Aunque parece obvio, es fundamental que se difunda para interrumpir, al menos parcialmente, la concepción negativa de la vejez.
4. La perspectiva de curso de vida da a los seres humanos estrategias para tomar mejores decisiones y construir sus propias vidas, por tanto, con el fortalecer dichas estrategias, desde etapas muy tempranas en la vida, por ejemplo, la familia y la escuela, podría lograrse una vejez exitosa, terminando con estigmas como: vulnerabilidad de las personas adultas mayores, la vejez como enfermedad, los ancianos como mayores consumidores de los gastos sanitarios, etc.
5. Impera la necesidad de desarrollar líneas de investigación interdisciplinaria e intersectorial, basadas en los modelos de curso de vida.
6. Aunque puede hablarse de factores de riesgo inmodificables para el desarrollo de enfermedades, la intervención y modificación de hábitos, en cualquier momento del curso vital tiene efectos benéficos sobre los desenlaces de dichas enfermedades crónicas, por ejemplo, el deterioro funcional.

Referencias

1. Lalive d'Épinay, C.; Bickel, J. F.; Cavalli, S. y Spini, D., Le parcours de vie: émergence d'un paradigme interdisciplinaire, en Guillaume, J. F. (ed.), *Parcours biographiques*, Bruxelles, De Boeck, 2005.
2. Lalive d'Épinay, C., La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse en Suisse au cours du XXe siècle, en Heller, G. (ed.), *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande*, Lausanne: SHSR & Editions d'en bas, 1994: 127-150.
3. Lalive d'Épinay, C.; Bickel, J. F.; Maystre, C. y Vollenwyder, N., *Vieillesse au fil du temps: 1979-1994. Une révolution tranquille*, Lausanne, Réalités sociales, 2000.
4. Bengtson, V. L. y Allen, K. R., The life course perspective applied to families over time, en Boss, P., Doherty, W., LaRossa, R., Shumm, W. y Steinmetz, S. (eds.), *Sourcebook of family theories and methods: a contextual approach*, Plenum Press, 1993; 469-498.
5. Rodgers, R. H. y White, J. M., Family Development Theory, en Boss, P.; Doherty, W.; LaRossa, R.; Shumm, W. y Steinmetz, S. (eds.), *Sourcebook of family theories and methods: a contextual approach*, Plenum Press, 1993.
6. Disponible en: <http://family.jrank.org/pages/1071/Life-Course-Theory-Historical-Development.html#ixzz1bedWyOIQ>.
7. Kohli, M., Retirement and the moral economy: An historical interpretation of the German case, *Journal of Aging Studies*, 1987, 1: 125-144.
8. Lombardito, E. y Krzemien, D., La Psicología del curso de vida en el marco de la Psicología del Desarrollo, *Rev Argent Sociol*, 2008, 6 (10).
9. Elder, G. H., Kirkpatrick Johnson, M. y Crosnoe, R., The emergence and development of life course theory, en Mortimer, J. T. y Shanahan, M. J. (eds.), *Handbook of the life course*, Nueva York, Kluwer, 2003: 3-19.
10. Kuh, D. y Ben Shlomo, Y. (eds.), *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford, Oxford University Press, 1997.
11. Davey Smith, G.; Gunnell, D. y Ben-Shlomo, Y., Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality, en Leon, D. y Walt, G. (eds.), *Poverty, inequality, and health: an international perspective*, Oxford, Oxford University Press, 2001: 88-124.
12. Barker, D. J. P., *Mothers, babies, and health in later life*, 2ª ed., Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.
13. Price, S.; McKenry, P. y Murphy, M., *Families across time. A life course perspective*, 2000.
14. Mortimer, Shanahan, M., *Handbook of the Life Course*, Nueva York, Springer, 2006.
15. Disponible en: <http://family.jrank.org/pages/1072/Life-Course-Theory-Key-Principles-Concepts.html#ixzz1bedHe1eW>.
16. Cavanaugh, J. C. y Kail, R., *Desarrollo humano: una perspectiva de ciclo vital*, 3ª ed., Thomson, 2006.
17. Kimel, M., La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes, en *Fin de siglo: género y cambio civilizatorio*, Ediciones de las Mujeres, 17, Santiago de Chile, Isis internacional, 1992.
18. Settersten, R. A. y Mayer, K. U., The measurement of age, age structuring and the life course, *Annual Review of Sociology*, 1997, 23: 233-261.
19. Alwin, D. F. y McCammon, R. J., Generations, Cohorts, and Social Changes, en Mortimer, J. T. y Shanahan, M. (eds.), *Handbook of the life course*, Nueva York, Plenum Publishing, 2003: 2-49.
20. Settersten, R., Age structuring and the rhythm of life course, en Kaplan, H. B., *Handbook of life course*, Texas, Texas A&M University, College Station, 2003.
21. Disponible en: http://www.corwin.com/upm-data/16295_Chapter_1.pdf.
22. De Stavola, B. L.; Nitsch, D. y Dos Santos Silva, I., *et al.*, Statistical issues in life course epidemiology, *Am J Epidemiol*, 2006, 163 (1): 84-96.
23. Dannefer, D., Toward a global geography of life course challenges of late modernity for life course theory, en Kaplan, H. B., *Handbook of life course*, Texas, Texas A&M University, College Station, 2003.
24. Kellam, S. G. y Van Horn, Y. V., Life Course Development, *Community Epidemiology, and Preventive Trials: A Scientific Structure for Prevention Research*, *American Journal of Community Psychology*, 1997; 25 (2): 177-188.
25. Coe, R.; Morley, J. y Tumosa, N., Social and community aspects of aging, en Patty, J., Sinclair, A. J. y Morley, J., *Principles and Practice of Geriatric Medicine*, 4ª ed., John Wiley & Sons, 2006.

26. Stewart-Brown, S. L.; Fletcher, L. y Wadsworth, M. E. J., Parent-child relationships and health problems in adulthood in three UK national birth cohort studies, *Eur J Public Health* 2005; 15: 652-656.
27. Osler, M.; Andersen, A.-M. N.; Lund, R. y cols., Effect of grandparent's, parent's socio-economic position on mortality among Danish men born in 1953, *Eur J Public Health*, 2005; 15: 657-664.
28. Lynch, J. y Smith, G. D., A life course approach to chronic disease epidemiology, *Ann Rev Public Health*, 2005; 26: 1-35.
29. Osler, M., The life course perspective: a challenge for public health research and prevention, *Eur J. Public Health*, 2006, 16 (3): 230.
30. WHO, A life-course perspective of maintaining independence in older age, 1999. Disponible en: WHO/HSC/AHE/99.2.
31. Kuh, D. y Ben-Shlomo, Y., *A Life-course Approach to Chronic Disease Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press, 1997.
32. Gastrón, L. y Lacasa, D., La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según la edad población y sociedad, *Revista Argentina de Sociología*, 2009, 16: 3-28.
33. Yuni, J. A., *La vejez y el curso de vida*. Facultad de Humanidades de la UNCA, Colección Contextos humanos, Encuentro Grupo Editor, 2011.
34. Gastrón, L., Comentarios de libros. Los años frágiles, la vida más allá de los ochenta años, *Revista Argentina de Sociología*, 2008, 10: 199-202.
35. Baltes, P. B.; Lindenberger, U. y Staudinger, U. M., Life-span theory in developmental psychology, en Lerner, R. M. (ed.), *Handbook of child psychology, Volume 1, Theoretical models of human development*, Nueva York, Wiley & Sons, 1998: 1029-1143.



Pobreza y carencias sociales en México: aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular

Verónica Montes de Oca*

Paloma Villagómez**

Introducción

La discusión sobre los determinantes del envejecimiento y la longevidad han mostrado que las condiciones de vida desde la gestación marcan la forma en que envejecemos. Bajo esa lógica, la desigualdad y pobreza en México propician circunstancias desventajosas para las poblaciones, lo que dificulta su desarrollo social y humano, así como un proceso de envejecimiento saludable. Sin embargo, aunque las evidencias sobre la evolución de la pobreza y la concentración de los ingresos muestran una tendencia constante en las últimas décadas, los efectos para la población adulta mayor llaman la atención en los últimos años, y es en especial preocupante para las generaciones más jóvenes en un contexto de mayor esperanza de vida y envejecimiento demográfico. Vivir con enfermedad, deterioro y pobreza sólo es posible de entender cuando los ingresos de un país son insuficientes, lo cual no es el caso de México, donde existe concentración de riqueza y una deplorable distribución de ésta. En este capítulo se inicia con un breve pasaje sobre la discusión de la pobreza y desigualdad en México frente al envejecimiento demográfico; posteriormente, se presenta una sección sobre la nueva metodología para medir la pobreza y las carencias sociales, y finalmente, se muestran las evidencias más sobresalientes sobre la situación de la pobreza en México 2008-2010, con especial énfasis en la población adulta mayor.

Pobreza y desigualdad social en México frente al envejecimiento

En las discusiones clásicas sobre población y desarrollo se argumentaba que un menor crecimiento de la población, a partir del descenso de los nacimientos, podría incidir en una mejor distribución de la riqueza.¹ Preocupación sustantiva, dominada por el pensamiento malthusiano, que atendía las diferencias en los ritmos de crecimiento de la población y de los recursos alimenticios. Sin embargo, en la experiencia mexicana, el descenso de la fecundidad en la década de los setenta ocurrió junto con el agotamiento de un modelo económico basado en la sustitución de importaciones y la adopción de uno neoliberal, con la directriz de la apertura comercial, que generó una crisis en el sector productivo, lo que afectó al conjunto de la población sin mediar edad y sexo. De tal manera, el descenso en el crecimiento de la población no redundó en mayores niveles de bienestar como se había planteado en los setenta. El cambio demográfico, entonces, junto al económico son el escenario estructural en el cual se ubica el aumento absoluto y relativo de personas con 60 años y más.

Han pasado varios años ya de estas primeras aseveraciones. Más recientemente la discusión nacional establece dos temas centrales que afectan el bienestar y la calidad de vida de la población. Uno tiene que ver con el crecimiento de la desigualdad y otro se relaciona claramente con el incremento de la pobreza, siendo

* *Doctora en Estudios de Población. Investigadora titular del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.*

** *Maestra en Población y Desarrollo. Directora de Normas y Métodos de Medición de la Pobreza del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Las opiniones expresadas por la autora son su responsabilidad y no necesariamente reflejan la posición de la institución.*

Pobreza y carencias sociales en México: aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular

la primera un determinante crucial de la segunda. De acuerdo con la evidencia internacional, la desigualdad llega a acumularse durante el curso de vida de los individuos; sin embargo, en México no contamos todavía con instrumentos ni fuentes de información que permitan hacer un seguimiento longitudinal adecuado a las condiciones de vida de los individuos, por lo que aún resulta pertinente analizar transversalmente los niveles de desigualdad y de pobreza entre la población y sus grupos de edad.²

En México, el fenómeno de la pobreza ha sido el tema más recurrente desde la década de los ochenta, y a pesar de las dificultades que representaba en esos momentos su medición, siempre estuvo en el discurso gubernamental y académico la necesidad de abatirla para crecer como nación. Para la década de los noventa se calculó que 40 millones de personas se encontraban en condiciones de pobreza, de los cuales 23 millones se consideraban en pobreza extrema.³ Para algunos analistas el crecimiento económico por sí mismo podría ser insuficiente para reducir la pobreza de manera significativa. Si en 1984 el ingreso *per capita* del 10% más pobre de la población aumentaba sostenidamente a un ritmo de 3% anual, ese grupo tardaría casi 16 años para alcanzar un nivel de ingresos igual al de la línea de la pobreza extrema (alrededor de 50 dólares *per capita* por trimestre). Si el ingreso del decil más bajo crecía al promedio de la tasa de crecimiento del producto interno bruto (PIB) *per capita* observado en 1988-1990, de casi 1%, el período de espera sería de unos 47 años.⁴ En otras palabras, la reproducción intergeneracional de la pobreza continuaría durante una y dos generaciones si no se alcanzaba un ingreso suficiente para comprar alimentos en la medida necesaria.

Otros cálculos llegaron a conclusiones similares con datos más recientes. Para que 10% de los 40 millones de pobres mexicanos que había en 1995 pudiera alcanzar mejores condiciones de vida, era necesario que transcurrieran 64 años con un crecimiento económico sostenido de 3%, tiempo en el que requerirían políticas de empleo y redistribución de ingreso nacional.⁵ Esto significaba que los hogares en condiciones de pobreza tendrían hijos que vivirían prácticamente toda su existencia luchando por obtener los mínimos satisfactores para poder sobrevivir, o en todo caso morirían sin haber obtenido las mismas condiciones que otros mexicanos, que podrían tener una esperanza de

vida de 80 años.⁶ Esto hizo concluir, en ese momento, que la política económica aplicada por el gobierno mexicano, al utilizar la riqueza económica generada por el conjunto de la población para rescatar a los grupos económicos más poderosos, estaba sacrificando a generaciones enteras, o por lo menos, condicionaba su calidad de vida actuando como un factor determinante de muertes prematuras, prevalencia de enfermedades, envejecimiento con enfermedad y pobreza, como ya se ha constatado en otros estudios.⁷⁻¹¹

La situación de pobreza creciente que ha experimentado la población mexicana en general es un elemento fundamental para entender la condición social de la población con 60 años y más. Si la población experimentaba un mayor deterioro de su calidad de vida por la ejecución del nuevo modelo de desarrollo, y a eso agregamos el rezago estructural generado durante el siglo XX, estábamos frente a un problema que afectaba a la población de manera diferenciada, en función de su perfil sociodemográfico y posición social. En el caso de la población adulta mayor, desde la década de los noventa se advirtió que su salida del mercado de trabajo, la falta de atención médica, la captación de mínimas pensiones para un grupo reducido, así como su escasa presencia en la planeación de programas sociales a nivel institucional, tendería a producir un mayor impacto sobre la salud y la calidad de vida, fundamentalmente porque su entorno familiar y comunitario experimentaba pobreza, de lo que resulta que los amplios montos de población joven, hijos y descendientes podían no representar un recurso real que efectivamente se integre a los sistemas de apoyo comunitario o intergeneracional de las personas adultas mayores.

Esta afirmación tiene sentido cuando lo cotejamos con los cálculos realizados por Boltvinik.¹² El analista mencionó que desde 1982 los salarios promedio se habían deteriorado entre 26% (maquiladoras) y 59.6% (ramas de jurisdicción federal), aunque el salario mínimo lo hizo en casi 75%. Específicamente, durante el gobierno de Zedillo los salarios reales se habían deteriorado más de 20% en todas las ramas (con excepción de las maquiladoras, donde han bajado 6.4%). También se mostraba con datos de la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (1994 y 1999), y de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de Hogares (1998), que los ingresos medios por hora y por mes captados en hogares tenían un deterioro similar. Además, la mitad de los ocupados

percibía ingresos mensuales menores a 2 mil 240 pesos constantes en 1988 y para 1999 esa mitad se situaba debajo de los 2 mil pesos, lo que muestra su evidente empobrecimiento por vía de los ingresos mensuales.

Este crecimiento de la pobreza por bajos ingresos era consistente también con lo encontrado por otras especialistas en dinámica del mercado de trabajo.¹³⁻¹⁵ Se mostró cómo la tasa de desempleo abierto no era un indicador adecuado para medir el deterioro de la población económicamente activa, por el contrario, era precisamente en la población ocupada donde se encontraban los elementos de mayor deterioro entre los trabajadores. Se señaló cómo en el período 1970-1995 se había incrementado el porcentaje de la población ocupada en los servicios, la cual alcanzaba niveles similares a los de la población ocupada en la industria. Asimismo mostraron que había un incremento de los trabajadores no asalariados, los cuales se habían considerado en una mayor desventaja frente a los asalariados. Sin embargo, en la década de los noventa eran precisamente los trabajadores asalariados junto con los no asalariados quienes tenían cada vez menos prestaciones sociales y bajos salarios. El deterioro en las condiciones de trabajo y el salario se debía a las nuevas formas de flexibilización de los sistemas productivos, los cuales tendían cada vez más a bajar los costos de producción, particularmente a través del abaratamiento de la mano de obra para poder enfrentarse a la competencia internacional que planteaba la reciente apertura comercial. Eran las prestaciones sociales (indemnización por despido, préstamo a la vivienda, aguinaldo, cotización para pensión, atención a la salud, entre otros) las que podrían equilibrar las deficiencias en la absorción del mercado de trabajo, no obstante, éstas fueron precisamente las que comenzaron a deteriorarse como consecuencia de la dinámica del mercado de trabajo, pero también por la existencia de una cada vez más numerosa población económicamente activa.¹⁶

No obstante esta tendencia, estudios más recientes sobre la desigualdad mostraron que desde 1992 hasta 2006 hubo una redistribución del ingreso a favor de los sectores sociales menos favorecidos, pero los niveles de concentración del ingreso seguían siendo elevados.¹⁷ Esto trajo como consecuencia que la pobreza se diseminara en el país, especialmente a partir del “error de diciembre” de 1994. Después de 1998, los

cálculos comenzaron a mostrar una reducción de la pobreza hasta 2006.

Si bien esta situación general la experimentó el conjunto de la población mexicana, su impacto en el grupo de población con 60 años y más es particular. Según investigaciones de los noventa, un porcentaje significativo de población adulta mayor no recibía ingresos monetarios; la mayoría eran mujeres en la vejez. Con datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 1994, se encontró que la estructura por edad más envejecida de la población se localizaba en el último decil, es decir, 10% de la población más pobre.¹⁸ Estos estudios señalaron que 31.6% de la población con 60 años y más no percibía ningún tipo de ingreso (11.8% de los hombres y 54.5% de las mujeres). El resto, casi 70% percibía ingresos como remuneración por su trabajo (37.7%), por negocios propios (25.2%), transferencias (30.8%) y otros ingresos (6.3%). Aunque esta información era relativamente satisfactoria, lo cierto es que, de la población adulta mayor que trabajaba, 49% recibía como ingreso menos de un salario mínimo, y sólo 3% recibía cinco o más salarios mínimos.¹⁹ A pesar de la existencia de flujos informales y transferencias económicas, no era posible garantizar la continuidad de los apoyos hacia la población adulta mayor, máxime cuando la información que mencionaban era previa a la crisis de 1994. De ahí que el ingreso de 70% de la población adulta mayor en México podía considerarse una significativa remuneración al ingreso de los hogares. De hecho, se señalaba que en más de 70% de los hogares el ingreso del adulto mayor representaba poco más de las tres cuartas partes del ingreso doméstico general.¹⁸

Para el período 1992-2006, y con base en la serie de Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica (Enadid), algunos estudios mostraron cómo los hogares con al menos una persona con 60 años y más se agrupaban en diferentes estratos socioeconómicos (bajo, medio o alto).²⁰ Se encontró que en los estratos más altos existía una mayor proporción de hogares nucleares con al menos un adulto mayor, situación que se incrementó en el período analizado. Dentro de este tipo de hogares las parejas solas incrementaron su presencia en los estratos medio y muy bajo. En el estrato alto se concentraba un mayor porcentaje de arreglos con estructura conyugal e hijos, así como de jefes solos e hijos. Esta configuración aumentó durante el período 1992-2006. Los hogares extensos con algún miembro adulto

Pobreza y carencias sociales en México: aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular

mayor, por su parte, se concentraban en los estratos bajos. Las personas adultas mayores que vivían solas se ubicaban en estratos bajos y altos, lo que puede indicar que algunos de ellos están en franca vulnerabilidad y otros tienen la capacidad física y material para residir de manera autónoma.²⁰

Frente a estos antecedentes y los cambios socioeconómicos de los últimos años, es necesario conocer las evidencias sobre el comportamiento de la pobreza en la población general, pero en especial en la población adulta mayor. Esto es particularmente interesante a la luz de las nuevas metodologías para el cálculo de la pobreza y las carencias sociales. Las diferencias entre poblaciones rural y urbana cobran sentido, dadas las concentraciones de población adulta mayor en México en ambas áreas de residencia.

Nueva metodología para medir la pobreza

La manera en que las sociedades y sus instituciones abordan el tema de la pobreza lleva implícita una noción particular y específica de bienestar y calidad de vida. De tal forma, la consideración de lo que constituye un nivel de vida adecuado afecta la forma de definir, identificar y medir la precariedad, y también moldea la forma de combatirla.

Las acciones instrumentadas para reducir y, eventualmente, erradicar la pobreza dependen de que a ésta se le conciba —entre otras múltiples opciones— como una falla en la interacción de las fuerzas del mercado, como el resultado de la incapacidad de los individuos para obtener ventajas de éste, o bien, como el reflejo de la existencia de obstáculos que dificultan, coyuntural o estructuralmente, el ejercicio de derechos básicos que permitan acceder a niveles adecuados y sostenidos de bienestar.

De la amplitud o estrechez con que se defina el bienestar dependerá también el número y la naturaleza de los ámbitos involucrados en la definición de la pobreza y, por supuesto, en las estrategias que se diseñen para su alivio.

La discusión sobre el carácter unidimensional o multifactorial de la pobreza es amplia y de larga data y, si bien no existe un consenso absoluto sobre los ámbitos que deben ser incluidos en un enfoque multidimensional, el reconocimiento de la pobreza como un fenómeno que trasciende aspectos meramente económicos es cada vez más generalizado, no sólo en el ámbito de la reflexión

académica, sino también en el ejercicio de la política pública.

México es un ejemplo de la institucionalización de dicho reconocimiento. La Ley General de Desarrollo Social (LGDS), creada en 2004, constituye el marco jurídico a partir del cual se regula, entre otros, la generación de un concepto multidimensional de pobreza que permita identificar las tareas prioritarias en materia de desarrollo social. Dicha Ley establece cuáles son las dimensiones que deben ser consideradas en este concepto de pobreza, partiendo de la consideración de tres espacios fundamentales cuya interacción resulta crucial para el desarrollo de los individuos: a) el bienestar económico, b) el ejercicio de los derechos sociales y c) una dimensión territorial que busca relacionar la experiencia individual con características propias de cada contexto local.

El segundo ámbito considerado en la medición multidimensional de la pobreza estipulada en la Ley General de Desarrollo Social es sumamente relevante, ya que enfatiza como principio rector de la nueva medición el interés por aproximarse a la capacidad de los individuos para ejercer sus derechos sociales, en una sociedad en la que el Estado funge como garante de su cumplimiento. Para ello, el Artículo 6 de la misma Ley establece cuáles son estos derechos, atendiendo a la discusión internacional sobre ellos y los tratados que México ha suscrito en la materia. De esta forma, son derechos fundamentales 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 los relativos a la no discriminación.²¹ Por su parte, el Artículo 36 de la Ley General de Desarrollo Social obliga a la consideración para el cálculo de la pobreza de al menos seis de ocho dimensiones, para la construcción del indicador que permita medir la pobreza en el país, éstas son: el ingreso, el rezago educativo promedio en el hogar, el acceso a la salud, el acceso a la seguridad social, la calidad y los espacios de la vivienda, el acceso a servicios básicos, el acceso a la alimentación y, para el caso de la dimensión territorial, el grado de cohesión social. El Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) es el órgano técnico, descentralizado y con autonomía técnica, que tiene a su cargo, tanto la coordinación de la evaluación de las políticas y programas de desarrollo social, como la generación de lineamientos y criterios

para definir, identificar y medir la pobreza. Desde su creación se han realizado estimaciones para 2008 y 2010, con base en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH) y el Censo de Población y Vivienda 2010, ambos realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).²²

De este modo la estimación de la pobreza integra tres esferas: bienestar económico, derechos sociales y contexto territorial, mediante la aproximación a las seis dimensiones requeridas como mínimo.²³ La metodología tiene como objetivo identificar a la población que no sólo no percibe ingresos suficientes para obtener bienes y servicios en el mercado, sino que, al mismo tiempo, experimenta privaciones críticas para el ejercicio de sus derechos sociales.

Con esta metodología es posible identificar a diversos grupos de población que se clasifican en función de los derechos sociales que no tienen oportunidad de ejercer (carencias sociales) y el nivel de sus ingresos. A partir de esta clasificación, se identifica como *pobres* a quienes perciben ingresos que no les permiten satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias (línea de bienestar económico) y, además, experimentan al menos una carencia social. Adicionalmente, la metodología permite identificar a los *pobres extremos*, es decir, quienes perciben ingresos que no alcanzan a cubrir sus necesidades alimentarias, incluso si éste fuera su único destino (línea de bienestar mínimo) y presentan al menos tres carencias sociales.

Más aún, esta nueva metodología para medir la pobreza permite identificar a la población que, si bien no es considerada pobre bajo los criterios referidos, se encuentra en una situación de vulnerabilidad a la pobreza, ya sea por la insuficiencia de sus ingresos o porque, por diversas razones, no es capaz de ejercer plenamente sus derechos sociales. Así, se añaden dos grupos de interés a los cuales es importante dar seguimiento: la población *vulnerable por ingresos* (quienes perciben ingresos por debajo de la línea de bienestar económico aunque no experimenten carencia social alguna) y los *vulnerables por carencias sociales* (quienes perciben ingresos suficientes pero muestran al menos una carencia social).

Si bien algunas de las variables incluidas en los indicadores que componen la estimación de la pobreza reflejan la situación de los núcleos domésticos a los que pertenece la población,²⁴ la mayoría son variables

observables directamente a nivel individual, por lo que una de las ventajas de la metodología para la medición multidimensional de la pobreza es la posibilidad de realizar estimaciones para grupos específicos de población que, por diferentes razones, presentan rasgos de vulnerabilidad y constituyen prioridades para la política social, por ejemplo, población infantil y joven, mujeres, indígenas o —el grupo que concentra el interés de este capítulo— personas adultas mayores.

A continuación se muestran los resultados más relevantes de la medición de la pobreza, haciendo énfasis en la situación de la población que cuenta con 60 años y más de edad. Se presentan datos para cada uno de los grupos de interés que es posible identificar en función de su situación de pobreza, así como el estado de cada una de las carencias sociales. Para cada uno de estos indicadores se analizan los resultados de 2008 y 2010, tanto a nivel nacional como para los contextos rurales y urbanos;²⁵ se muestra en todo momento el contraste que existe entre la población total, los adultos mayores y la población menor de 60 años.

Pobreza y vulnerabilidad en México

Entre 2008 y 2010, el porcentaje de población en pobreza aumentó de 44.5 a 46.2%, un aumento que implicó que 3.2 millones más de personas se ubicaran por debajo de la línea de bienestar económico y experimentarían al menos una carencia social (Gráficas 1 y 2, y Cuadro 1). La pobreza extrema permaneció constante y afectó en ambos años a 11.7 millones de personas.²⁶

En un contexto mundial de crisis económica y con los antecedentes socioeconómicos en décadas previas en México, el aumento de la pobreza en el país encuentra parte de su origen en la reducción de los ingresos de la población. La Gráfica 2 muestra cómo la proporción de población vulnerable por carencias sociales disminuyó; mientras que aquella que no experimenta privación en términos de los derechos sociales considerados, pero sí percibe ingresos insuficientes, aumentó cerca de 30% entre 2008-2010.

Como puede observarse, en 2010 la pobreza o la vulnerabilidad de los adultos mayores no muestra diferencias notables respecto a la población menor de 60 años de edad. En cuanto a los cambios observados entre 2008 y 2010, la población de hombres y mujeres adultos mayores en pobreza extrema mostró un mejor desempeño que el conjunto de la población y que

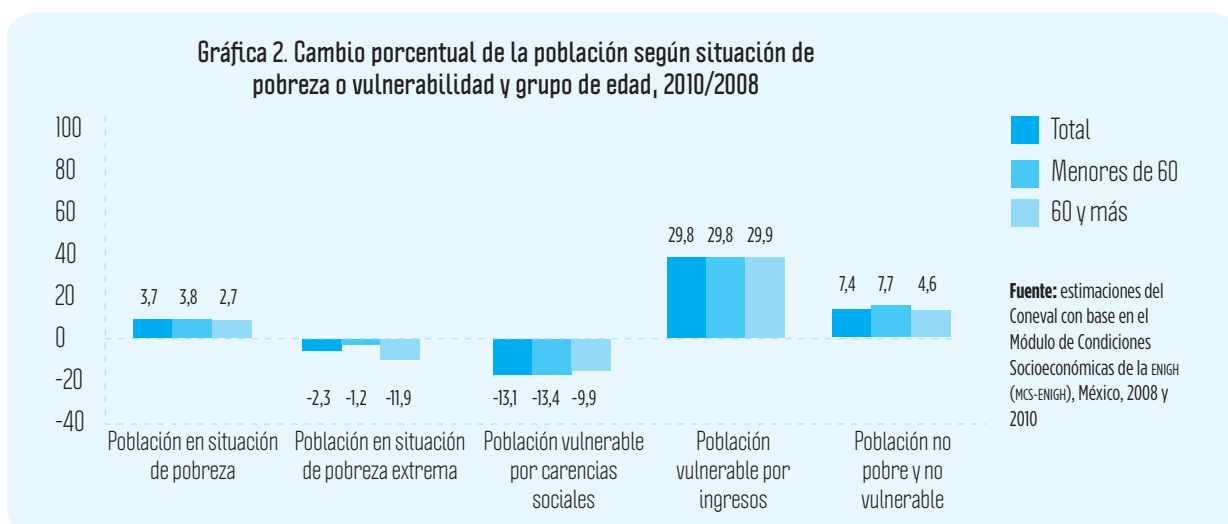
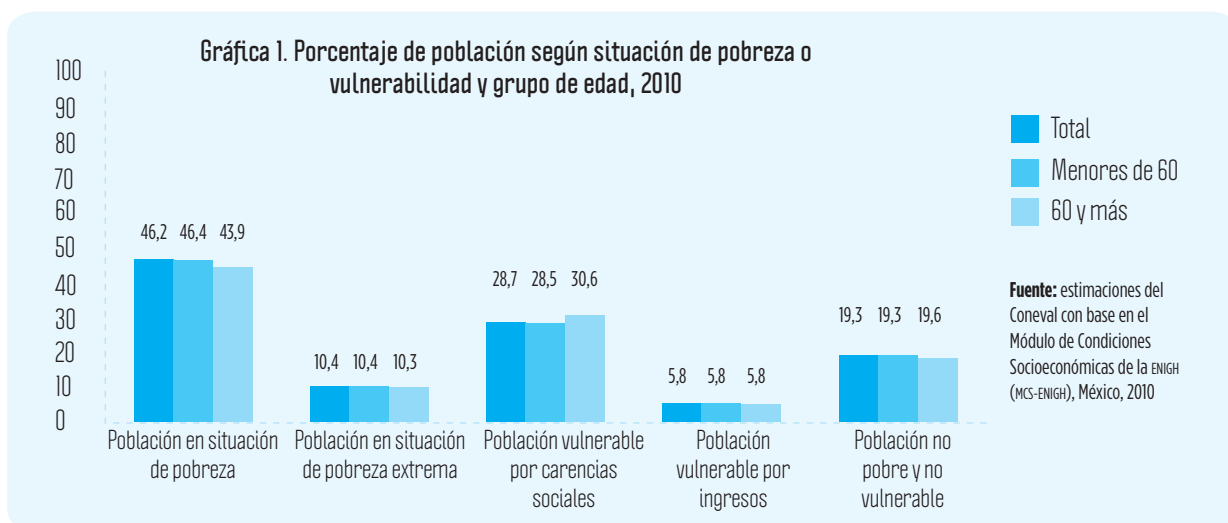
**Pobreza y carencias sociales en México:
aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular**

| Cuadro 1. Medición de la pobreza, México, 2008. Incidencia y número de personas en los indicadores de pobreza de la población | | | | | | |
|--|-----------------|----------------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Población total | | | | | | |
| Indicadores | Porcentaje | Millones de personas | Porcentaje | | Miles de personas | |
| | Población total | | Menores de 60 años | 60 años y más | Menores de 60 años | 60 años y más |
| Pobreza | | | | | | |
| Población en situación de pobreza | 44.5 | 48.8 | 44.7 | 42.8 | 44,418.8 | 4,419.0 |
| Población en situación de pobreza moderada | 33.9 | 37.2 | 34.2 | 31.1 | 33,950.0 | 3,213.0 |
| Población en situación de pobreza extrema | 10.6 | 11.7 | 10.5 | 11.7 | 10,468.8 | 1,206.0 |
| Población vulnerable por carencias sociales | 33.0 | 36.2 | 32.9 | 33.9 | 32,657.2 | 3,505.4 |
| Población vulnerable por ingresos | 4.5 | 4.9 | 4.5 | 4.5 | 4,432.2 | 463.2 |
| Población no pobre y no vulnerable | 18.0 | 19.7 | 17.9 | 18.8 | 17,802.0 | 1,938.0 |
| Privación social | | | | | | |
| Población con al menos una carencia social | 77.5 | 85.0 | 77.6 | 76.7 | 77,076.0 | 7,924.4 |
| Población con al menos tres carencias sociales | 31.1 | 34.1 | 30.8 | 33.6 | 30,627.9 | 3,470.1 |
| Indicadores de carencia social | | | | | | |
| Rezago educativo | 21.9 | 24.1 | 17.6 | 63.5 | 17,496.5 | 6,557.5 |
| Carencia por acceso a los servicios de salud | 40.8 | 44.8 | 41.6 | 33.8 | 41,282.7 | 3,488.4 |
| Carencia por acceso a la seguridad social | 65.0 | 71.3 | 67.7 | 38.7 | 67,255.4 | 3,999.7 |
| Carencia por calidad y espacios de la vivienda | 17.7 | 19.4 | 18.2 | 13.0 | 18,049.8 | 1,341.6 |
| Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda | 19.2 | 21.1 | 19.4 | 17.8 | 19,220.3 | 1,842.6 |
| Carencia por acceso a la alimentación | 21.7 | 23.8 | 22.0 | 19.0 | 21,873.4 | 1,964.5 |

Verónica Montes de Oca
Paloma Villagómez

| Población total | | | | | | |
|--|-----------------|----------------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Indicadores | Porcentaje | Millones de personas | Porcentaje | | Miles de personas | |
| | Población total | | Menores de 60 años | 60 años y más | Menores de 60 años | 60 años y más |
| Bienestar | | | | | | |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo | 16.7 | 18.4 | 16.7 | 17.6 | 16,539.9 | 1,815.1 |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar | 49.0 | 53.7 | 49.2 | 47.3 | 48,851.0 | 4,882.2 |

Fuente: estimaciones con base en el MCS-ENIGH, México, 2008.
Nota: las estimaciones utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda, México, 2010, estimados por el INEGI.



Pobreza y carencias sociales en México: aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular

aquellos de menor edad. Sin embargo, experimentaron una menor reducción en cuanto a la vulnerabilidad por carencias sociales y fue menor la proporción de adultos mayores que pasó al grupo de población sin carencias y con ingresos suficientes (no pobres ni vulnerables).

Al analizar la información en función del ámbito territorial de residencia se tiene que, en 2010, en los contextos rurales las diferencias entre los adultos mayores y el resto de la población en tanto sus niveles de pobreza o vulnerabilidad tampoco presentan diferencias marcadas (Gráfica 3). En este tipo de localidades, poco más de seis de cada diez personas se encuentran en situación de pobreza y cerca de la cuarta parte de la población se encuentra en pobreza extrema. Uno de cada tres adultos mayores es vulnerable por carencias sociales, proporción apenas mayor que el resto de la población.

Sin embargo, en las localidades de menor tamaño, el incremento de la población adulta mayor vulnerable por ingresos fue mayor al del resto de la población, aunque también la proporción de población no pobre ni vulnerable entre los mayores de 60 años creció prácticamente el doble (Gráfica 4).

Por su parte, en las localidades urbanas la concentración de la pobreza es menor aunque, nuevamente, no existen diferencias notables entre la situación del conjunto de la población y la de los adultos mayores. En estos contextos, la pobreza alcanza a cuatro de cada diez personas y seis de cada cien son pobres extremos. Sólo una cuarta parte de la población urbana no es pobre ni vulnerable (Gráfica 5).

El cambio porcentual en la pobreza o vulnerabilidad de las localidades urbanas es muy similar al de los contextos rurales, con excepción del comportamiento de la población vulnerable por ingresos, la cual creció poco menos de la mitad de lo observado en las localidades rurales, y la población no pobre ni vulnerable, la cual aumentó apenas alrededor de 6% en las ciudades, mientras que en el campo este grupo creció cerca de 40%, con una notable participación de los hombres y mujeres adultos mayores, contrario a lo observado en localidades urbanas (Gráfica 6).

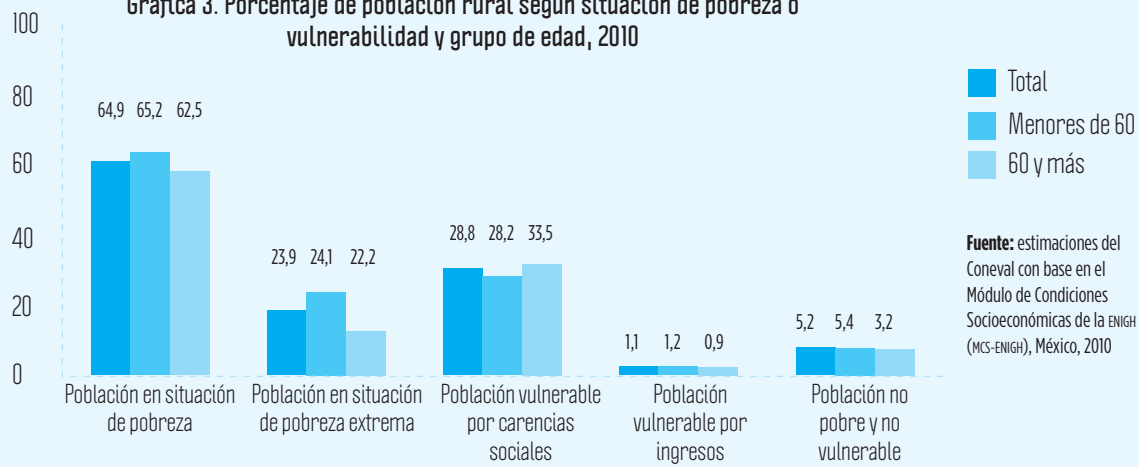
En síntesis, el comportamiento de la pobreza o vulnerabilidad, bajo la definición y los criterios establecidos por la metodología multidimensional instrumentada por el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), no muestra

diferencias marcadas entre el conjunto de la población y las personas adultas mayores. La evolución de los indicadores entre 2008 y 2010 muestra un desempeño apenas más favorable en la reducción de la pobreza extrema de este último sector de la población.

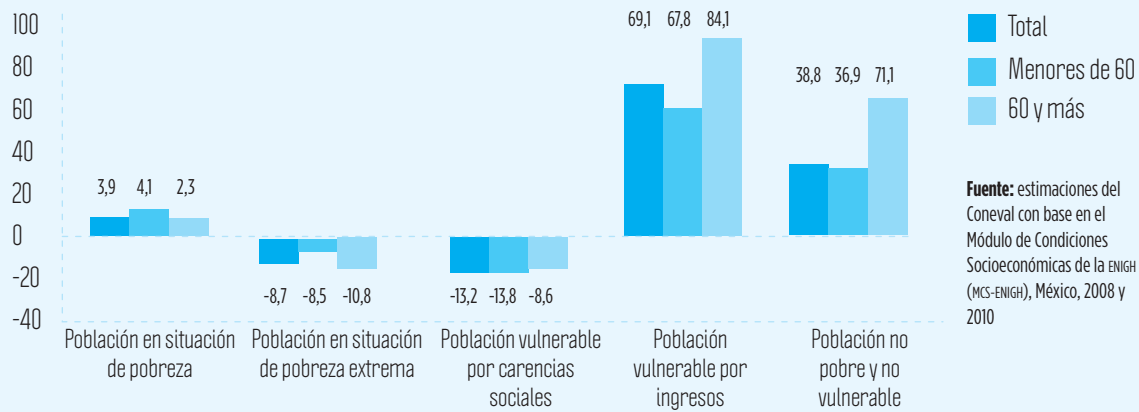
Esto puede ser resultado de los recursos distribuidos por pensiones no contributivas otorgadas en las entidades federativas, remesas, Procampo o transferencias en efectivo de programas como Oportunidades o del programa de Atención a los Adultos Mayores de 70 años y más en zonas rurales (inició en mayo de 2007). Algunas estimaciones de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) en 2006 muestran que sí ha existido una correcta orientación de los programas sociales hacia las personas con 60 años y más de acuerdo con su estrato socioeconómico; 32% de los adultos mayores en el estrato socioeconómico más bajo cuentan con un programa, 15% cuenta con dos y 3.8% con tres programas. En el estrato bajo son 23, 8.2 y 1.7%, respectivamente.²⁰ Sin embargo, no hay que dejar de lado que existen –según observaciones oficiales– y 125 municipios en el país cuyas condiciones de pobreza sobresalen del resto y presentan los niveles más bajos del Índice de Desarrollo Humano (propuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Secretaría del Desarrollo Social y Secretaría de Salud), el cual tiene una correlación estrecha con los niveles de pobreza y marginación. Para dar seguimiento a esta preocupación hay estudios en otros países que señalan que existe una paradoja entre la medición de la pobreza y la mortalidad en la población que vive contextos de marginalidad, ya que la muerte de una persona por causas relacionadas con la pobreza significa una reducción en el nivel de ésta, lo cual no puede ser aceptable por ser incorrecto y moralmente reprochable.²⁷

La pobreza y, en particular, la pobreza extrema en 2008 y 2010, se concentran notablemente en las zonas rurales del país; aunque la situación de los adultos mayores sea en el campo o en la ciudad, no presenta diferencias sustantivas respecto al resto de la población. Sin embargo, entre los dos años analizados, tanto la población vulnerable por ingresos como la población no pobre y no vulnerable, mostraron incrementos mayores entre la población rural. La situación de las personas adultas mayores rurales en ambos grupos destacó sobre la del resto de la población, como se había reportado en estudios previos.²⁸⁻²⁹

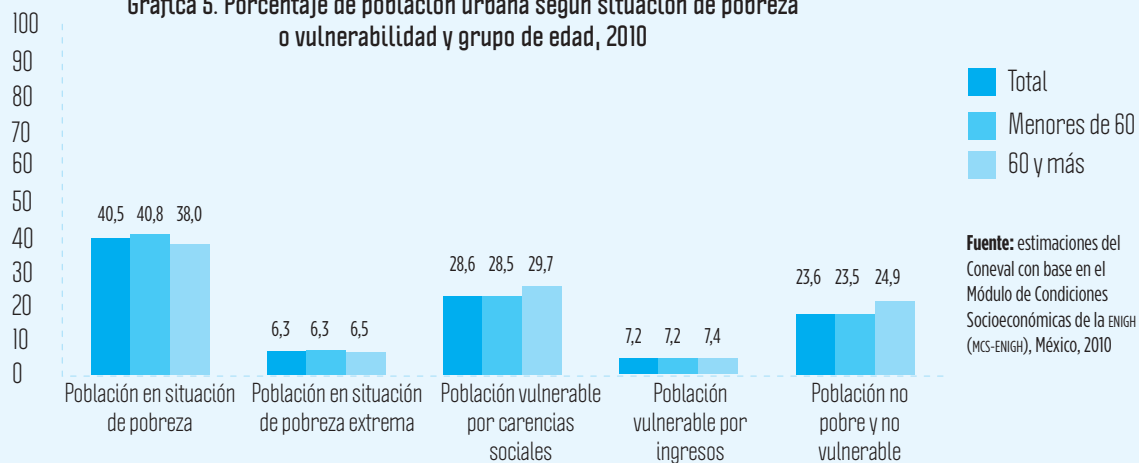
Gráfica 3. Porcentaje de población rural según situación de pobreza o vulnerabilidad y grupo de edad, 2010



Gráfica 4. Cambio porcentual de la población según situación de pobreza o vulnerabilidad y grupo de edad, 2010/2008

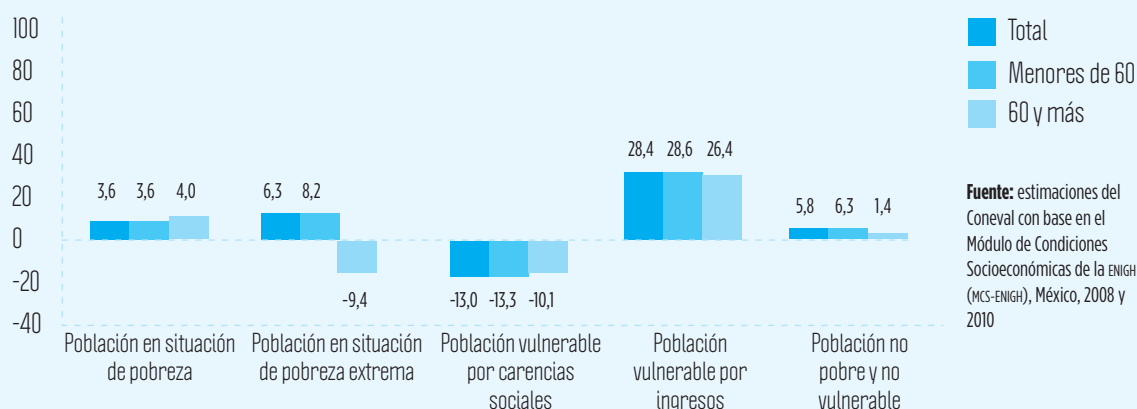


Gráfica 5. Porcentaje de población urbana según situación de pobreza o vulnerabilidad y grupo de edad, 2010



Pobreza y carencias sociales en México: aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular

Gráfica 6. Cambio porcentual de la población urbana según situación de pobreza o vulnerabilidad y grupo de edad, 2010/2008



Carencias sociales

La identificación de la privación de alguno de los derechos asociados con el desarrollo social de los individuos es una de las aportaciones más relevantes del análisis multidimensional de la pobreza. Implica trascender el carácter estrictamente económico de la precariedad y poner el acento en aspectos fundamentales del bienestar que deben ser garantizados por el Estado. Como podrá apreciarse en el análisis siguiente, a diferencia de la medida agregada de pobreza o vulnerabilidad, el estado de las carencias sociales sí presenta distinciones relevantes entre la población adulta mayor y el resto de la población, lo cual tiene repercusiones importantes para su salud y su calidad de vida.

En 2010 la carencia social que afecta a la mayor parte de la población pobre es la falta de acceso a la seguridad social y la carencia con menor incidencia es el acceso a calidad en la vivienda y sus espacios. En general, las personas adultas mayores padecen niveles de carencia menores a los del resto de la población, con excepción del rezago educativo, el cual afecta a poco más de seis de cada diez adultos mayores, mientras que entre el conjunto de la población esta carencia alcanza a dos de cada diez personas (Gráfica 7). Esta situación parece comprensible, en la medida en que los logros más importantes en el acceso a la educación han tenido lugar en los últimos 40 años, momento para el cual gran parte de la población adulta mayor ya no formaba parte del sistema escolar.

En cambio, las personas adultas mayores presentan niveles de carencia en el acceso a la seguridad social y

a los servicios de salud menores a los del resto de la población y, en especial, a la población menor de 60 años. En el caso de la primera carencia, esto se explica, por un lado, por la mayor proporción de población con acceso a jubilación y pensiones en este grupo de edad, y por otro lado por la percepción de transferencias provenientes de programas sociales orientados a esta población.³⁰⁻³¹ Estos mismos programas tienden a contar con componentes de salud que incrementan el acceso de los adultos mayores a los servicios en la materia, lo cual se traduce en un menor nivel de esta carencia, respecto al conjunto de la población.

En la Gráfica 8 es posible apreciar que, con excepción de la carencia por acceso a la alimentación, el resto de las carencias sociales mostraron reducciones relevantes entre 2008 y 2010. El incremento en la falta de acceso a alimentación se inscribe en un contexto de crisis alimentaria mundial, reforzada por los problemas económicos que ha impactado el nivel de los ingresos.

En cambio, el acceso a servicios de salud se muestra particularmente favorecido, lo cual se debe en buena medida a la creación del Seguro Popular y la sistemática ampliación de su cobertura. Dicho sistema comenzó a operar en 2007 y se consolidó en 2010. No obstante, hay que mencionar que a pesar de esta cobertura existen insuficientes servicios médicos geriátricos y gerontológicos para esta población. Asimismo, existe relativa evidencia de que los servicios médicos deben ser más especializados para grupos de edad más jóvenes.

También el acceso a viviendas de mejor calidad y con espacios suficientes mejoró en el transcurso del período

Verónica Montes de Oca
Paloma Villagómez

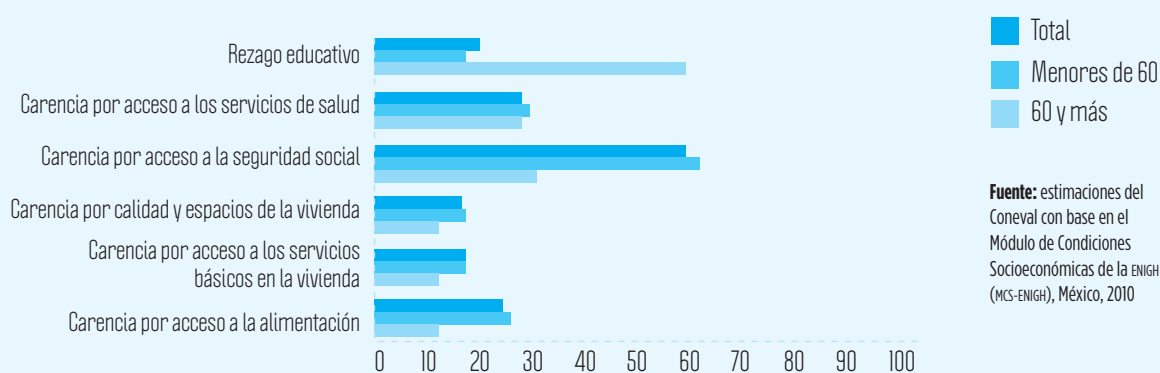
analizado, como resultado de acciones específicas dirigidas a mejorar los materiales de construcción de las viviendas (en particular pisos).

Las personas adultas mayores disminuyeron, con mayor intensidad que el resto de la población, la carencia en el acceso a la seguridad social y a la calidad y espacios de la vivienda, producto de la instrumentación de los programas ya referidos. Si bien esta población también vio crecer sus niveles de carencia en el acceso a la alimentación, el

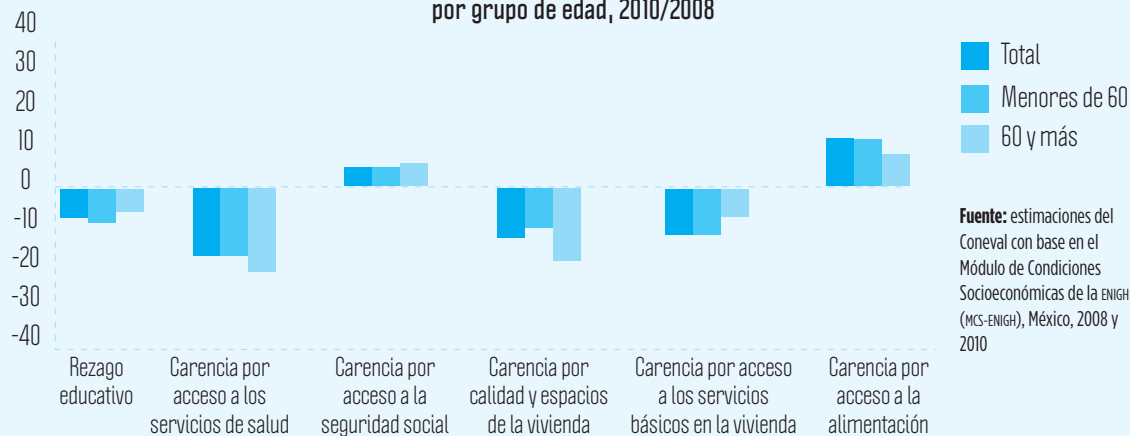
aumento fue menor al que experimentó el conjunto de la población (Gráfica 8).

Las carencias sociales presentan incidencias sistemáticamente mayores en el contexto rural, sin embargo, el comportamiento de cada una de ellas es similar a lo observado en el promedio nacional: la seguridad social es la carencia más acusada entre la población rural, aunque es menor entre la población adulta mayor, la cual, a su vez, tiene una incidencia mayor en el rezago educativo (Gráfica 9).

Gráfica 7. Porcentaje de población con carencias sociales, por grupos de edad, 2010



Gráfica 8. Cambio porcentual en la población con carencias sociales, por grupo de edad, 2010/2008



En cuanto al cambio en los niveles de las carencias entre 2008 y 2010, se tiene que buena parte de la disminución observada en la carencia por acceso a servicios de salud y por acceso a calidad y espacios de la vivienda a nivel nacional, se debe al notable descenso que

ambas dimensiones experimentaron en las localidades rurales. Adicionalmente, si bien la carencia en el acceso a la alimentación también aumentó en este ámbito, lo hizo en mucha menor medida que entre la población total y, contrario a lo sucedido en este nivel, los adultos

Pobreza y carencias sociales en México: aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular

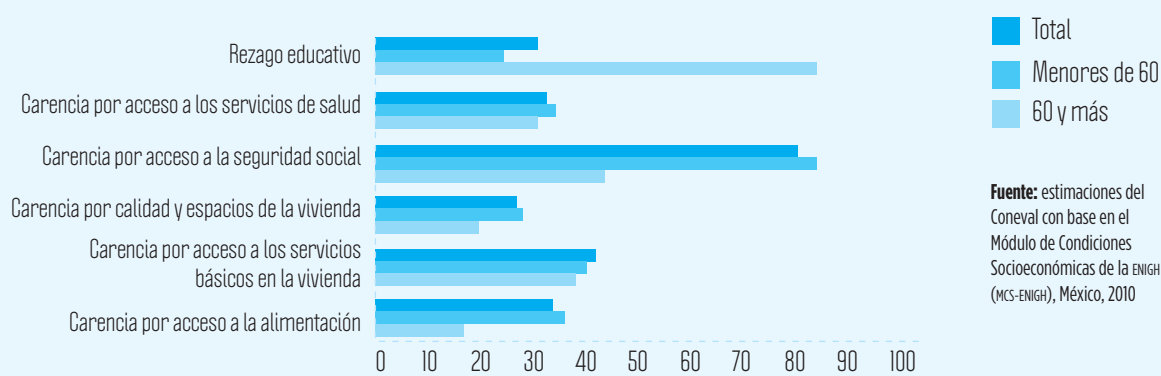
mayores rurales experimentaron un descenso —si bien mínimo— en esta privación (Gráfica 10).

En cuanto a la población urbana, el comportamiento de cada una de las carencias es similar a lo analizado previamente; aunque se observa, por principio, que los porcentajes de población que experimenta las diversas privaciones en sus derechos sociales son menores. En este ámbito destaca que las reducciones entre 2008 y 2010 en las carencias por acceso a servicios de salud, a seguridad social y calidad y espacio de la vivienda son menores

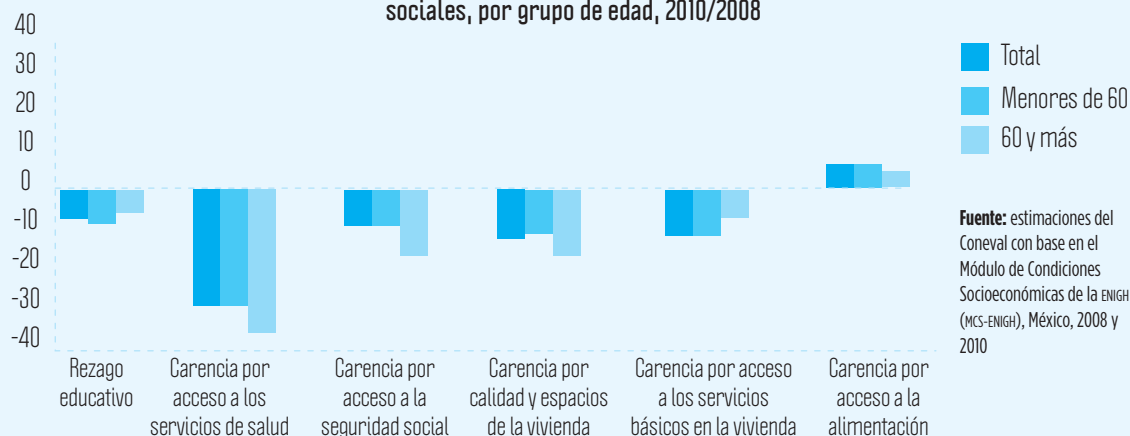
que en el contexto rural y, en contraste, la disminución en la carencia por acceso a servicios en las viviendas es mayor, como resultado de mejores condiciones para la inversión en este tipo de infraestructura (Gráfica 11).

El incremento de la carencia por acceso a la alimentación en este ámbito es mayor que en el rural y ocurre en cualquier grupo de la población, lo que evidencia que la crisis de ingresos y su asociación con la dificultad para el acceso a los alimentos tiene un marcado tinte urbano (Gráfica 12).

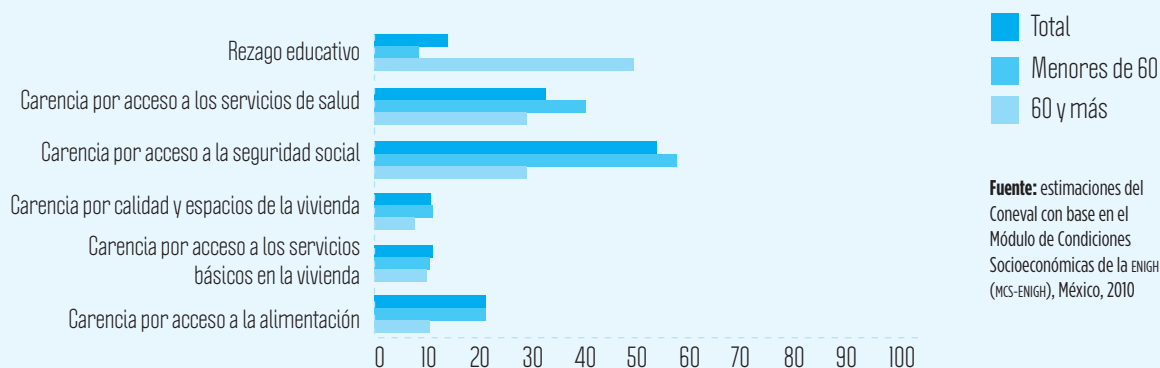
Gráfica 9. Porcentaje de población rural con carencias sociales, por grupos de edad, 2010



Gráfica 10. Cambio porcentual en la población rural con carencias sociales, por grupo de edad, 2010/2008

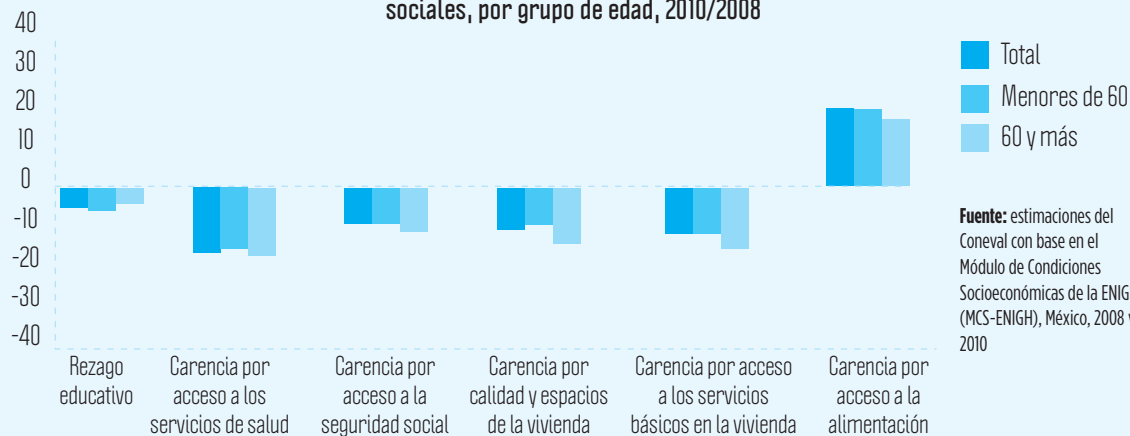


Gráfica 11. Porcentaje de población urbana con carencias sociales, por grupos de edad, 2010



Fuente: estimaciones del Coneval con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH (MCS-ENIGH), México, 2010

Gráfica 12. Cambio porcentual en la población urbana con carencias sociales, por grupo de edad, 2010/2008



Fuente: estimaciones del Coneval con base en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH (MCS-ENIGH), México, 2008 y 2010

Conclusiones

La pobreza es un tema que ha estado en la agenda pública, académica y política en México y en torno al cual se ha modificado la metodología para una medición más integral, que refleje no sólo la pobreza económica en sí misma, sino también las diferentes carencias sociales que sufre la población en México. La constante pérdida de ingresos entre la población, los pocos avances en la generación de empleo, así como la dinámica demográfica y del mercado de trabajo constituyen sólo algunos de los aspectos que han propiciado un mayor empobrecimiento de la población en general. Más recientemente han llamado la atención los efectos de la pobreza en grupos especialmente vulnerables y desprotegidos socialmente, como es el caso de las

personas adultas mayores. Esto es consecuencia de una mayor conciencia sobre el envejecimiento demográfico y el incremento de la población con 60 años y más. En esa lógica es que la perspectiva multidimensional de la medición oficial de la pobreza permite observar no sólo los niveles de ésta y la vulnerabilidad que experimentan ciertos grupos que han estado en ella durante todo su curso de vida, o que, por ciertas circunstancias llegan a vivir en pobreza; sino también, que al descomponerla en los diferentes dimensiones que la conforman, permite analizar cuáles son los aspectos más susceptibles de mejora a través de intervenciones en políticas públicas específicas, a fin de garantizar el ejercicio pleno de los derechos sociales de la población.

Pobreza y carencias sociales en México: aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular

Entre 2008 y 2010 la pobreza en el país aumentó en poco más de tres millones de personas del conjunto de la población, como resultado de una compleja coyuntura económica y social que afecta, en México y en el mundo, tanto al sistema económico como al alimentario, lo cual se traduce en una reducción de los ingresos percibidos por la población y en un incremento de la inseguridad alimentaria. Estos datos resultan relevantes para quienes ya alcanzaron la vejez, para quienes se aproximan a ella, y para quienes se encuentran en etapas tempranas de su curso de vida.

Efectivamente, la medición de la pobreza permite observar un incremento en la población que se encuentra por debajo de la línea de bienestar económico, así como un aumento en la incidencia de la carencia por acceso a la alimentación. El resto de las carencias sociales analizadas muestran un comportamiento favorable, siendo la falta de acceso a la seguridad social la carencia más acusada entre la población, seguida por el acceso a servicios de salud. Esta dimensión, sin embargo, experimentó el descenso más importante en el período analizado, derivado, en buena medida, de la ampliación sistemática de la cobertura del Seguro Popular. No obstante, una mayor cobertura no significa directamente una mejor atención médica especializada, que se requiere para el caso de las personas adultas mayores y de otros grupos vulnerables de la población.

El análisis presentado muestra que los aspectos considerados en la medición no observan contrastes notables entre los niveles de pobreza, vulnerabilidad o privación social entre los adultos mayores y el resto de la población. Las mayores diferencias se observan al distinguir entre el ámbito rural y el urbano pero, al interior de cada uno de dichos contextos, el comportamiento de las variables analizadas tampoco muestra discrepancias muy notorias entre la población de uno u otro grupo de edad.

En general, la pobreza y sus dimensiones –tanto en su expresión moderada como extrema– se siguen concentrando en la población rural, aunque también en este ámbito territorial se observan mayores avances en algunos sentidos, tales como el incremento en el acceso a la salud y el mejoramiento de las condiciones materiales de las viviendas. La población adulta mayor residente en localidades rurales, además, aumentó su acceso a mecanismos de seguridad social, fundamentalmente a través de programas sociales específicamente diseñados para esta población. A reserva de realizar análisis posteriores,

es posible que los programas de transferencias para la población de mayor edad hayan logrado reducir la carencia por acceso a la alimentación entre la población rural de 60 años y más, en contraste con lo que ocurre al resto de la población, en particular con la que reside en contextos urbanos.

De hecho, la población con 60 años y más, rural o urbana, no muestra signos de una vulnerabilidad mayor a la del resto de la población, al menos en las dimensiones consideradas. Esto refleja una situación que amerita acciones contundentes en la medida de las condiciones sociales que experimentan las poblaciones aún no envejecidas, lo que constituye los determinantes sociales de su propio envejecimiento y longevidad. De no cambiar estas tendencias en el corto plazo estamos generando próximas generaciones de adultos mayores con padecimientos que pudieron haberse prevenido en edades jóvenes.

En términos de carencias sociales, las personas adultas mayores presentan incidencias más elevadas únicamente en el rezago educativo, lo cual resulta predecible, en virtud de que los logros en la materia han beneficiado a las generaciones más jóvenes. Esto apunta a que es necesario activar las acciones educativas para este segmento de la población, cuya vejez debe vivirse con el desarrollo de nuevas capacidades y mejores oportunidades.

Sin embargo, es preciso tener en consideración que los indicadores empleados para determinar si existe la carencia o no a un determinado derecho social son variables consideradas mínimas para identificar cuando existe una privación en el ejercicio de tal derecho. Empero, a partir de ellas no es posible conocer si éste es disfrutado plenamente. Es probable que las necesidades específicas de los adultos mayores requieran variables distintas que permitan aproximarse a un acceso efectivo a los diversos aspectos analizados, a fin de identificar mecanismos de vulnerabilidad o privación que operan de manera particular en esta población.

Lo alarmante del proceso de envejecimiento de la población mexicana se debe a que paralelamente hay una tendencia creciente al empobrecimiento de la población en general. Mientras que en otros países el envejecimiento llevó muchas décadas; en México, las proyecciones anuncian que en unas cuantas décadas más nuestra población habrá de considerarse envejecida. La mayor longevidad mexicana no puede tener un significado benéfico si ésta no ha logrado vencer los instrumentos de la desigualdad y la generación de pobreza.

Cuadro 2. Medición de la pobreza, México, 2008. Incidencia y número de personas en los indicadores de pobreza de la población rural

| Indicadores | Porcentaje | Miles de personas | Porcentaje | | Miles de personas | |
|--|------------|-------------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| | | | Menores de 60 años | 60 años y más | Menores de 60 años | 60 años y más |
| Pobreza | | | | | | |
| Población en situación de pobreza | 62.4 | 15,890.1 | 62.6 | 61.0 | 14,287.6 | 1,602.5 |
| Población en situación de pobreza moderada | 36.2 | 9,216.5 | 36.2 | 36.1 | 8,267.6 | 948.9 |
| Población en situación de pobreza extrema | 26.2 | 6,673.6 | 26.4 | 24.9 | 6,020.0 | 653.6 |
| Población vulnerable por carencias sociales | 33.1 | 8,433.8 | 32.7 | 36.6 | 7,472.5 | 961.3 |
| Población vulnerable por ingresos | 0.7 | 172.6 | 0.7 | 0.5 | 159.7 | 12.8 |
| Población no pobre y no vulnerable | 3.8 | 956.2 | 4.0 | 1.8 | 907.8 | 48.4 |
| Privación social | | | | | | |
| Población con al menos una carencia social | 95.6 | 24,324.0 | 95.3 | 97.7 | 21,760.1 | 2,563.8 |
| Población con al menos tres carencias sociales | 60.6 | 15,425.3 | 60.3 | 63.3 | 13,763.8 | 1,661.4 |
| Indicadores de carencia social | | | | | | |
| Rezago educativo | 36.3 | 9,234.9 | 30.1 | 90.4 | 6,863.0 | 2,371.9 |
| Carencia por acceso a los servicios de salud | 48.2 | 12,278.4 | 48.3 | 48.0 | 11,018.5 | 1,259.9 |
| Carencia por acceso a la seguridad social | 86.2 | 21,948.1 | 89.7 | 56.2 | 20,471.5 | 1,476.5 |
| Carencia por calidad y espacios de la vivienda | 35.9 | 9,138.7 | 36.7 | 28.8 | 8,382.8 | 755.9 |
| Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda | 51.7 | 13,151.5 | 51.9 | 49.7 | 11,847.9 | 1,303.6 |
| Carencia por acceso a la alimentación | 32.6 | 8,285.1 | 32.8 | 30.3 | 7,491.0 | 794.1 |
| Bienestar | | | | | | |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo | 32.8 | 8,350.0 | 33.1 | 30.3 | 7,555.4 | 794.7 |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar | 63.1 | 16,062.7 | 63.3 | 61.5 | 14,447.3 | 1,615.4 |

Fuente: estimaciones con base en el MCS-ENIGH, México, 2008.

Nota: las estimaciones utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda, México, 2010, estimados por el INEGI.

**Pobreza y carencias sociales en México:
aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular**

Cuadro 3. Medición de la pobreza, México, 2008. Incidencia y número de personas en los indicadores de pobreza de la población urbana

| Población urbana | | | | | | |
|--|------------|-------------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Indicadores | Porcentaje | Miles de personas | Porcentaje | | Miles de personas | |
| | | | Menores de 60 años | 60 años y más | Menores de 60 años | 60 años y más |
| Pobreza | | | | | | |
| Población en situación de pobreza | 39.1 | 32,947.7 | 39.4 | 36.6 | 30,131.2 | 2,816.5 |
| Población en situación de pobreza moderada | 33.2 | 27,946.5 | 33.6 | 29.4 | 25,682.5 | 2,264.1 |
| Población en situación de pobreza extrema | 5.9 | 5,001.1 | 5.8 | 7.2 | 4,448.8 | 552.4 |
| Población vulnerable por carencias sociales | 32.9 | 27,728.8 | 32.9 | 33.0 | 25,184.6 | 2,544.2 |
| Población vulnerable por ingresos | 5.6 | 4,722.8 | 5.6 | 5.8 | 4,272.4 | 450.4 |
| Población no pobre y no vulnerable | 22.3 | 18,783.8 | 22.1 | 24.5 | 16,894.2 | 1,889.6 |
| Privación social | | | | | | |
| Población con al menos una carencia social | 72.1 | 60,676.4 | 72.3 | 69.6 | 55,315.8 | 5,360.6 |
| Población con al menos tres carencias sociales | 22.2 | 18,672.8 | 22.0 | 23.5 | 16,864.1 | 1,808.7 |
| Indicadores de carencia social | | | | | | |
| Rezago educativo | 17.6 | 14,819.0 | 13.9 | 54.4 | 10,633.5 | 4,185.6 |
| Carencia por acceso a los servicios de salud | 38.6 | 32,492.7 | 39.6 | 28.9 | 30,264.2 | 2,228.5 |
| Carencia por acceso a la seguridad social | 58.6 | 49,307.0 | 61.2 | 32.8 | 46,783.8 | 2,523.1 |
| Carencia por calidad y espacios de la vivienda | 12.2 | 10,252.7 | 12.6 | 7.6 | 9,667.0 | 585.7 |
| Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda | 9.4 | 7,911.4 | 9.6 | 7.0 | 7,372.4 | 539.0 |
| Carencia por acceso a la alimentación | 18.5 | 15,552.8 | 18.8 | 15.2 | 14,382.4 | 1,170.4 |
| Bienestar | | | | | | |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo | 11.9 | 10,005.0 | 11.7 | 13.3 | 8,984.6 | 1,020.5 |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar | 44.7 | 37,670.5 | 45.0 | 42.4 | 34,403.6 | 3,266.8 |

Fuente: estimaciones con base en el MCS-ENIGH, México, 2008.

Nota: las estimaciones utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda, México, 2010, estimados por el INEGI.

Cuadro 4. Medición de la pobreza, México, 2010. Incidencia y número de personas en los indicadores de pobreza de la población

| Población total | | | | | | |
|--|-----------------|----------------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| Indicadores | Porcentaje | Millones de personas | Porcentaje | | Miles de personas | |
| | Población total | | Menores de 60 años | 60 años y más | Menores de 60 años | 60 años y más |
| Pobreza | | | | | | |
| Población en situación de pobreza | 46.2 | 52.0 | 46.4 | 43.9 | 47,146.0 | 4,847.4 |
| Población en situación de pobreza moderada | 35.8 | 40.3 | 36.0 | 33.6 | 36,567.8 | 3,712.6 |
| Población en situación de pobreza extrema | 10.4 | 11.7 | 10.4 | 10.3 | 10,578.2 | 1,134.8 |
| Población vulnerable por carencias sociales | 28.7 | 32.3 | 28.5 | 30.6 | 28,900.6 | 3,376.3 |
| Población vulnerable por ingresos | 5.8 | 6.5 | 5.8 | 5.8 | 5,882.6 | 643.1 |
| Población no pobre y no vulnerable | 19.3 | 21.8 | 19.3 | 19.6 | 19,601.3 | 2,166.6 |
| Privación social | | | | | | |
| Población con al menos una carencia social | 74.9 | 84.3 | 74.9 | 74.5 | 76,046.7 | 8,223.7 |
| Población con al menos tres carencias sociales | 26.6 | 29.9 | 26.4 | 27.8 | 26,813.9 | 3,072.4 |
| Indicadores de carencia social | | | | | | |
| Rezago educativo | 20.6 | 23.2 | 16.3 | 60.5 | 16,563.5 | 6,672.8 |
| Carencia por acceso a los servicios de salud | 31.8 | 35.8 | 32.4 | 26.0 | 32,909.6 | 2,863.2 |
| Carencia por acceso a la seguridad social | 60.7 | 68.3 | 63.6 | 33.9 | 64,603.6 | 3,743.3 |
| Carencia por calidad y espacios de la vivienda | 15.2 | 17.1 | 15.8 | 10.0 | 16,008.5 | 1,104.9 |
| Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda | 16.5 | 18.5 | 16.6 | 15.5 | 16,811.6 | 1,708.7 |
| Carencia por acceso a la alimentación | 24.9 | 28.0 | 25.3 | 20.9 | 25,676.6 | 2,307.1 |
| Bienestar | | | | | | |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo | 19.4 | 21.8 | 19.5 | 18.7 | 19,766.2 | 2,066.1 |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar | 52.0 | 58.5 | 52.2 | 49.8 | 53,028.7 | 5,490.5 |

Fuente: estimaciones con base en el MCS-ENIGH, México, 2010.

Nota: las estimaciones utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda, México, 2010, estimados por el INEGI.

Pobreza y carencias sociales en México:
aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular

Cuadro 5. Medición de la pobreza, México, 2010. Incidencia y número de personas en los indicadores de pobreza de la población rural

| Indicadores | Porcentaje | Miles de personas | Porcentaje | | Miles de personas | |
|--|------------|-------------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| | | | Menores de 60 años | 60 años y más | Menores de 60 años | 60 años y más |
| Pobreza | | | | | | |
| Población en situación de pobreza | 64.9 | 16,955.2 | 65.2 | 62.5 | 15,293.4 | 1,661.8 |
| Población en situación de pobreza moderada | 41.0 | 10,701.4 | 41.0 | 40.3 | 9,630.1 | 1,071.3 |
| Población en situación de pobreza extrema | 23.9 | 6,253.7 | 24.1 | 22.2 | 5,663.3 | 590.5 |
| Población vulnerable por carencias sociales | 28.8 | 7,516.1 | 28.2 | 33.5 | 6,625.8 | 890.3 |
| Población vulnerable por ingresos | 1.1 | 299.5 | 1.2 | 0.9 | 275.6 | 23.9 |
| Población no pobre y no vulnerable | 5.2 | 1,362.2 | 5.4 | 3.2 | 1,278.3 | 83.9 |
| Privación social | | | | | | |
| Población con al menos una carencia social | 93.6 | 24,471.3 | 93.4 | 95.9 | 21,919.2 | 2,552.1 |
| Población con al menos tres carencias sociales | 50.3 | 13,139.1 | 50.1 | 51.8 | 11,762.5 | 1,376.6 |
| Indicadores de carencia social | | | | | | |
| Rezago educativo | 33.9 | 8,857.3 | 27.8 | 87.4 | 6,531.3 | 2,325.9 |
| Carencia por acceso a los servicios de salud | 32.2 | 8,425.9 | 32.4 | 30.6 | 7,611.9 | 814.0 |
| Carencia por acceso a la seguridad social | 81.9 | 21,412.8 | 85.8 | 48.1 | 20,133.9 | 1,278.9 |
| Carencia por calidad y espacios de la vivienda | 29.2 | 7,625.5 | 29.9 | 22.5 | 7,027.0 | 598.5 |
| Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda | 46.6 | 12,177.2 | 46.8 | 45.2 | 10,975.1 | 1,202.1 |
| Carencia por acceso a la alimentación | 33.6 | 8,782.8 | 34.1 | 29.7 | 7,994.0 | 788.8 |
| Bienestar | | | | | | |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo | 35.0 | 9,148.5 | 35.4 | 31.7 | 8,304.0 | 844.5 |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar | 66.0 | 17,254.7 | 66.3 | 63.4 | 15,569.0 | 1,685.7 |

Fuente: estimaciones con base en el MCS-ENIGH, México, 2010.

Nota: las estimaciones utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda, México, 2010, estimados por el INEGI.

Cuadro 6. Medición de la pobreza, México, 2010. Incidencia y número de personas en los indicadores de pobreza de la población urbana

| Indicadores | Porcentaje | Miles de personas | Porcentaje | | Miles de personas | |
|--|------------|-------------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| | | | Menores de 60 años | 60 años y más | Menores de 60 años | 60 años y más |
| Pobreza | | | | | | |
| Población en situación de pobreza | 40.5 | 35,038.2 | 40.8 | 38.0 | 31,852.6 | 3,185.6 |
| Población en situación de pobreza moderada | 34.2 | 29,579.0 | 34.5 | 31.5 | 26,937.7 | 2,641.3 |
| Población en situación de pobreza extrema | 6.3 | 5,459.3 | 6.3 | 6.5 | 4,915.0 | 544.3 |
| Población vulnerable por carencias sociales | 28.6 | 24,760.8 | 28.5 | 29.7 | 22,274.9 | 2,486.0 |
| Población vulnerable por ingresos | 7.2 | 6,226.2 | 7.2 | 7.4 | 5,607.0 | 619.2 |
| Población no pobre y no vulnerable | 23.6 | 20,405.7 | 23.5 | 24.9 | 18,323.0 | 2,082.7 |
| Privación social | | | | | | |
| Población con al menos una carencia social | 69.2 | 59,799.1 | 69.3 | 67.7 | 54,127.5 | 5,671.6 |
| Población con al menos tres carencias sociales | 19.4 | 16,747.1 | 19.3 | 20.3 | 15,051.3 | 1,695.8 |
| Indicadores de carencia social | | | | | | |
| Rezago educativo | 16.6 | 14,379.0 | 12.9 | 51.9 | 10,032.2 | 4,346.8 |
| Carencia por acceso a los servicios de salud | 31.6 | 27,346.9 | 32.4 | 24.5 | 25,297.7 | 2,049.2 |
| Carencia por acceso a la seguridad social | 54.3 | 46,934.1 | 57.0 | 29.4 | 44,469.7 | 2,464.4 |
| Carencia por calidad y espacios de la vivienda | 11.0 | 9,487.9 | 11.5 | 6.0 | 8,981.5 | 506.4 |
| Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda | 7.3 | 6,343.1 | 7.5 | 6.0 | 5,836.5 | 506.6 |
| Carencia por acceso a la alimentación | 22.2 | 19,200.9 | 22.7 | 18.1 | 17,682.6 | 1,518.3 |
| Bienestar | | | | | | |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo | 14.7 | 12,683.8 | 14.7 | 14.6 | 11,462.2 | 1,221.6 |
| Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar | 47.7 | 41,264.5 | 48.0 | 45.4 | 37,459.6 | 3,804.8 |

Fuente: estimaciones con base en el MCS-ENIGH, México, 2010.

Nota: las estimaciones utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda, México, 2010, estimados por el INEGI.

Pobreza y carencias sociales en México: aproximaciones a la población general y adulta mayor en particular

Referencias

1. Benítez-Zenteno, R., Los cambios de la población y la situación, perspectivas y consecuencias del envejecimiento en México, en CEPAL, Celade, Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, Seminario Técnico, 1999, septiembre 8-10; Santiago de Chile, Chile.
2. Ferraro, K. F. y Shippee, T. P., Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin? *The Gerontologist*, 2009, 49 (3): 333-343.
3. Boltvinik, J. y Hernández-Laos, E., Pobreza y distribución del ingreso en México, México, Siglo XXI, 1999.
4. Lustig, N., México. Hacia la reconstrucción de una economía, México, El Colegio de México/FCE, 1994.
5. Lomas, M. E., Parábola, *La Jornada*, México, 1 de noviembre de 1999.
6. Consejo Nacional de Población, Situación demográfica de México, México, Conapo, 1998.
7. Cattell, V., Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital, *Soc Sci Med*, 2001; 52: 1501-1515.
8. Wong, R., La relación entre salud y nivel socioeconómico entre adultos mayores: diferencias por género, en Salgado-de Snyder, V. N. y Wong, R. (eds.), *Envejecimiento en la pobreza: género, salud y calidad de vida*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2003: 97-122.
9. Cabigon, J. V., Understanding the Poverty-Mortality Relationship: the Philippine Case. CIRCED Seminar The Impact of Mortality as Both a Determinant and a Consequence of Poverty and Hunger: A Contribution to Achieving the First Millennium Development Goal (Eradicate Extreme Poverty and Hunger), India, Jan, 2005.
10. Wong, R. y Salgado de Snyder, V. N. (eds.), *Envejecimiento, pobreza, y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
11. Multnomah County Health Department, Neighborhood Poverty and Mortality. Community Health Assessment Quarterly, USA; Health Assessment and Evaluation Office 2011; 6(1). Disponible en: http://web.multco.us/sites/default/files/health/documents/spring2011_nh_poverty_mortality.pdf.
12. Boltvinik, J., Revalorizar el trabajo, *La Jornada*, México, 12 de mayo de 2000.
13. García, B., Los problemas laborales de México a principios del siglo XXI, *Papeles de Población*, 1999; 21: 9-19.
14. García, B., El mercado laboral a principios del siglo XXI, Demos, Carta Demográfica sobre México, 2000: 22-23.
15. Pacheco Gómez Muñoz, E., Cambios en la Población Económicamente Activa: 1900-1995, Demos, Carta Demográfica sobre México, 1997: 30-31.
16. Esta misma autora ha mencionado que el crecimiento de la población económicamente activa (PEA) en las últimas décadas se debe al efecto demográfico de altas tasas de fecundidad en los sesenta y setenta, pero también a la incorporación de la población femenina, así como de la población con 65 años y más.
17. Cortés, F., Pobreza, desigualdad en la distribución del ingreso y crecimiento económico 1992-2006, en Cortés, F. y Oliveira, O., *Desigualdad social*, México, El Colegio de México, 2010: 61-100.
18. Rubalcava, R. M., Ingresos de las personas de edad y características de sus hogares. En: *Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas*, México, Conapo/Senado de la República/Cámara de Diputados, 1999: 125-143.
19. Salas Páez, C., Empleo y tercera edad: dinamismo y tendencias, en *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas*, México, Conapo, 1999: 111-124.
20. Montes de Oca, V. y Garay, S., Familia, hogares y vejez. Cambios y determinantes en los arreglos familiares con personas adultas mayores en México, 1992-2006, en Chávez Galindo, A. M. y Menkes, C. (eds.), *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Enadid*, 2006, México, Secretaría de Salud/CRIM/UNAM, 2010: 402-432.
21. Ley General de Desarrollo Social, *Diario Oficial de la Federación*, México, 20 de enero de 2004. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/264>
22. El artículo 37 de la LGDS establece la obligación del Coneval de generar mediciones de pobreza a nivel estatal al menos cada dos años y municipal cada cinco.
23. Los derechos sociales que no fueron incorporados a las dimensiones consideradas en la medición de la pobreza son: el derecho al trabajo, al disfrute de un medio ambiente sano y a la no discriminación.

Verónica Montes de Oca
Paloma Villagómez

24. Es el caso de los indicadores que miden el acceso a la alimentación o aquellos que observan la calidad de la vivienda, sus espacios y el acceso a servicios dentro de ésta. La medición establece un supuesto en el que considera que las condiciones en las que se encuentren dichos aspectos en el hogar son experimentadas por todos los miembros que lo conforman, de tal manera que la existencia o no de una carencia se imputa a todos los integrantes del núcleo doméstico, a fin de obtener estimaciones a nivel individual.
25. Se consideran como localidades rurales aquellas donde residen menos de 2,500 habitantes. Por contraste, la población urbana es la que reside en localidades con 2,500 habitantes o más.
26. El cambio porcentual de la pobreza extrema no es estadísticamente significativo.
27. Kanbur, R. y Mukherjee, D., Premature mortality and poverty measurement. *Bulletin of Economic Research*, 2010; 59 (4): 339-359.
28. Parker, S. W. y Wong, R., Welfare of male and female elderly in Mexico: a comparison, en Katz, E. G. y Correia, M. C. (eds.), *The Economics of gender in Mexico: work, family state and market*; Washington, D.C., World Bank, 2001: 249-290.
29. Zúñiga, E. y Gomes, C., Pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México, en *La situación demográfica de México*, 2002, México, Conapo, 2003: 141-153.
30. Coneval (2009).
31. La metodología para la medición de la pobreza establece que, para el caso de la población de 65 años y más, se considerará que tiene acceso a seguridad social si es beneficiaria de algún programa social de pensiones para adultos mayores.



¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor

*Sagrario Garay Villegas**
*Verónica Montes de Oca***
*Sandra Mancinas Espinoza****

Introducción

El envejecimiento demográfico ha generado una diversidad de investigaciones en torno a las implicaciones económicas y sociales que conlleva dicho fenómeno. Los estudios en México muestran que una gran proporción de adultos mayores no cuenta con derecho a servicios de salud y tampoco con ingresos derivados de una pensión. Frente a este panorama, las redes informales de apoyo (familiares y no familiares) han sido uno de los mecanismos más importantes para aliviar las dificultades económicas y de salud a las que se enfrenta la población envejecida.

Al hablar de redes sociales se hace referencia a la idea de intercambio de apoyos proporcionados por la familia, los amigos, vecinos y la comunidad. Estos apoyos pueden variar en el tiempo y no siempre se tiene continuidad o permanencia, pues en ocasiones ocurren en coyunturas específicas (crisis económicas, enfermedades, accidentes). En los países latinoamericanos las redes sociales se vinculan con estrategias de supervivencia, esto se debe a que la escasez de recursos y la limitada protección social hace que los sectores más desfavorecidos recurran a este tipo de apoyos para satisfacer sus necesidades no cubiertas por las redes formales.¹ Pero las redes sociales no sólo aluden a los apoyos económicos y materiales, también están aquellos de carácter emocional, los cuales tienen

un papel de gran relevancia en la población adulta mayor.

Anteriormente las redes sociales eran consideradas en sí mismas un indicador de apoyo. Se asumía que si una persona pertenecía a una red entonces tenía apoyo. Posteriormente se observó que esto no necesariamente era así y que la recepción de apoyo no era constante y podía variar en el tiempo. Lo anterior es sumamente relevante pues el hecho de contar con apoyo en edades más jóvenes no implica que se mantendrá en la vejez, sobre todo si a esto se agregan condiciones de salud deterioradas y dificultades económicas en las personas que necesitan la ayuda.¹ En México se ha mostrado que en los hogares donde existe un adulto mayor con un estado funcional deteriorado el apoyo recibido es mayor que cuando tiene un estado funcional aceptable.²

Existe una diversidad de estudios referidos a las redes sociales de apoyo que abordan la importancia y el funcionamiento. En este capítulo no se pretende agotar el tema, sino destacar dos posturas asociadas con las redes de apoyo: una referida a las limitaciones que enfrenta la familia para atender las necesidades de la población envejecida y hasta dónde aquella puede hacerse cargo de sus familiares envejecidos;²⁻³ y otra planteada por González de la Rocha,¹ quien señala que la continuidad y permanencia de las redes sociales depende de la reciprocidad.

* Doctora en Estudios de Población. Profesora Investigadora en la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

** Doctora en Estudios de Población. Investigadora en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

*** Doctora en Filosofía con orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social. Profesora Investigadora en la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor

Hogares y vejez

Los arreglos familiares de las personas en el curso de vida experimentan modificaciones importantes. Al llegar a la vejez se viven transiciones que modifican el número de miembros, así como el tamaño de la estructura familiar.⁴ En México, la mayor presencia de personas con 60 años y más, su situación económica y física son condicionantes que transformarán diversos aspectos de la vida familiar. Por ejemplo, se ha señalado que, como parte del apoyo a la población envejecida, la familia latinoamericana ha agrupado a más generaciones en los hogares, y que mucha de la población adulta mayor en esos hogares depende del apoyo que le otorga la familia,⁵ sobre todo en países donde los sistemas de seguridad social están fragmentados y no cubren a toda la población.

El contar con más personas envejecidas ha transformado la dinámica familiar en varios aspectos, entre los que destacan: las relaciones de intercambio entre generaciones, la convivencia familiar, la distribución de tareas de cuidado entre los miembros, así como una serie de ajustes en función de la satisfacción de las necesidades, tanto de generaciones jóvenes como en edad avanzada. Lo anterior, según López,⁴ ha llevado a observar nuevas formas de organización en los hogares; se distinguen cinco grandes tendencias: reducción del tamaño de los hogares; disminución de la presencia relativa de los hogares nucleares y aumento de los hogares no nucleares; aumento en la proporción de hogares con jefatura femenina; “envejecimiento” de los hogares; y responsabilidad económica compartida por hombres y mujeres.

En relación con el envejecimiento de los hogares, datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) muestran que el porcentaje de hogares con población adulta mayor dentro del total de hogares se ha incrementado ligeramente entre 1992 y 2009, pasando de 24.2 a 29.2%. Por su parte, la proporción de hogares con residentes menores de cinco años ha disminuido; en 1992 esa cifra era de 47%, en 1997 pasó a 43.7%, para el 2006 disminuyó hasta 33.7% y en 2009 representaba 30%.⁶ Esto sólo es el reflejo del impacto que ha tenido la disminución en las tasas de fecundidad y el incremento en la esperanza de vida. Este cambio en los hogares mexicanos resulta una cuestión relevante, toda vez que representa no sólo una transformación en la estructura por edad y composición generacional de los hogares, sino que refleja el cambio de prioridades de las

familias mexicanas. Pues, como dicen Rabell y Murillo,⁷ la familia pasa de ser un ámbito para la reproducción biológica, social y simbólica, a ser un espacio donde se gestan los mecanismos de la realización personal de sus miembros. Este aspecto es fundamental pues mientras en el primer modelo las personas de edad refieren respeto jerárquico, en el segundo modelo se aspira a relaciones menos verticales.

Continuando con los hogares y el envejecimiento, existe una vasta literatura que surgió a partir de la conciencia sobre el envejecimiento demográfico. Los estudios se enfocaron a analizar la composición de los hogares con población en edad avanzada, así como la situación residencial y la dinámica familiar del anciano; se señala que los tipos de hogar predominantes en el nivel nacional entre la población anciana son el nuclear y el ampliado, con una significativa presencia de los hogares unipersonales.⁸⁻⁹ Aunque las tendencias mencionadas persisten, ocurrieron algunos cambios entre 1992 y 2009 que vale la pena destacar: la proporción de hogares nucleares con al menos un adulto mayor ha disminuido de 39% en 1992 a 36.4% en 2009. Los porcentajes de hogares extensos con personas adultas mayores no han mostrado grandes variaciones, excepto en 2006, cuando se presentó una reducción importante (Cuadro 1). Este arreglo generalmente se asocia con una estrategia de apoyo familiar hacia las siguientes generaciones (hijos y nietos), o el apoyo de la descendencia hacia los familiares ascendentes. En México, la ausencia de guarderías o estancias infantiles del sector público hace que las guarderías privadas existentes representen un gasto familiar significativo que muchas veces se subsana con la presencia de la abuela, quien funge como cuidadora del nieto. Además, algunas investigaciones han mostrado que las mujeres en edad avanzada son más aceptables en los hogares de los hijos o hijas porque tienen un rol sustantivo en el mantenimiento de las casas y en el cuidado de las generaciones más jóvenes.¹⁰

El cambio más notorio para los hogares unipersonales, ha sido que han mostrado una tendencia creciente desde los noventa y en la última década (Cuadro 1). Algunos estudios sugieren que las personas mayores más vulnerables son las que viven solas, ya que además de no contar con el soporte que la red familiar pudiera proporcionarle, muestran mayores porcentajes de desprotección en cuanto a ingresos y seguro médico se refiere.¹¹

Cuadro 1. Distribución porcentual de los hogares con adultos mayores, 1992-2009

| | 1992 | 1997 | 2006 | 2009 |
|------------------|----------|----------|---------|----------|
| Nuclear | 39.0 | 37.7 | 42.3 | 36.4 |
| Extenso | 47.3 | 48.0 | 41.0 | 46.3 |
| Compuesto | 1.8 | 2.2 | 2.5 | 1.1 |
| Unipersonal | 11.5 | 11.7 | 13.8 | 16.0 |
| Corresidente | 0.5 | 0.4 | 0.3 | 0.3 |
| Total de hogares | 100 | 100 | 100 | 100 |
| | (13,788) | (17,162) | (9,620) | (24,562) |

Fuente: elaboración y cálculos propios con datos de la Enadid 1992, 1997, 2006 y 2009.

Familias frente al envejecimiento

La cohabitación con la familia hasta ahora se considera como uno de los mecanismos de apoyo y cuidados hacia la población envejecida. Algunas investigaciones han discutido ampliamente la idea sobre el papel de la familia extensa como una estrategia de los hogares para la supervivencia de sus integrantes en épocas de crisis.¹²⁻¹⁴ En el caso de la población adulta mayor, este argumento podría vincularse con aspectos relacionados con los cuidados en la vejez más que con una cuestión económica, esto es porque, independientemente de la recepción de ingresos, las proporciones de personas adultas mayores que residen en un hogar extenso son similares en las distintas condiciones de cobertura social.³ No obstante, también existe la posibilidad de que la cohabitación no sólo se refiera a la dependencia de los padres hacia los hijos, sino también está la situación contraria, la dependencia de los hijos adultos en relación con los padres.¹⁵ Esto puede pensarse sobre todo cuando las personas envejecidas reciben ingresos o cuentan con activos físicos (casa, bienes); incluso el hecho de que altas proporciones de adultos mayores vivan con sus hijos y otros no parientes¹⁶ apunta a la no salida de los hijos adultos del núcleo familiar de origen, probablemente como una ayuda ante la carencia de su propia vivienda u otro tipo de apoyos (cuidados de los abuelos a los nietos, compartir gastos, etcétera).

El arreglo unipersonal para la población adulta mayor ha ganado presencia en los últimos años. Lo interesante

de este tipo de hogares es que, contrario a lo que se ha observado en otros países en donde se plantea que las personas con mejor posición económica viven solas,¹⁷ en México hay una tendencia a que las personas de estratos más desfavorecidos se encuentre en este tipo de hogares.¹⁶ La tendencia anterior permanece cuando se distingue por cobertura social, las personas sin ingresos o sin seguro médico son quienes se encuentran viviendo solas. Es posible que esta población reciba algún tipo de transferencia y atención de los hijos que viven fuera del hogar o de otros familiares y amigos, pero también es cierto que no todos los adultos mayores que viven solos reciben apoyo y que su condición socioeconómica junto con los deterioros en la salud los coloca en una situación de vulnerabilidad.³

Pese a las ventajas que se señalan sobre el hecho de vivir en familia, es inevitable no considerar las dificultades y limitaciones que ésta puede enfrentar para continuar siendo el principal soporte de apoyo en la vejez. Por un lado, los cambios demográficos, asociados con la disminución en la fecundidad traerán consigo una reducción en el número de miembros de la familia, lo cual disminuirá la cantidad de posibles proveedores de ayudas. Otro aspecto que se ha mencionado es la reducción del apoyo provisto por las mujeres como consecuencia de su incremento en el mercado de trabajo. A lo anterior se agrega la dificultad de las familias para hacer frente a los costos médicos requeridos por la población adulta mayor, que cada vez se hacen más caros.¹

¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor

En un contexto como el de México, donde las condiciones socioeconómicas para su población en edades avanzadas son adversas,¹⁸ las redes de apoyo (familiar y no familiar) se han convertido en uno de los elementos más importantes para sobrellevar la falta de ingresos y los cuidados requeridos por los adultos mayores. No obstante, así como se ha indicado la importancia de los apoyos familiares a la población envejecida, no hay que perder de vista que los adultos mayores también pueden otorgar apoyos e intercambios tanto económicos como no económicos a familiares y no familiares. En lo que sigue se discutirá esta posibilidad y se tratará de mostrar, a partir de cierta evidencia empírica, el flujo de intercambios entre la población de 60 años y más.

Apoyos recibidos y otorgados entre la población adulta mayor

En general, los estudios indican que en América Latina la cohabitación sigue siendo un “factor de protección” para las personas mayores. Existen evidencias de que el índice promedio de bienestar material es mayor en arreglos residenciales en quienes viven acompañadas—ya sea por el cónyuge, por algún hijo o nieto, por algún otro pariente o no pariente— que en los hogares unipersonales.¹⁹ Asimismo, se ha indicado que la cohabitación es uno de los mecanismos más aproximados a la solidaridad intergeneracional porque permite reducir los costos de la vivienda, compartir los gastos en alimentación y facilita el apoyo entre los integrantes del hogar.^{2,15} No obstante, existen argumentos que se contraponen a esta idea, por ejemplo: la coresidencia no necesariamente implica que los recursos se socialicen entre todos los miembros; sin embargo, predomina la postura en torno a que compartir un espacio físico se asocia fuertemente con la repartición de recursos al interior de éste.¹⁵

El argumento que se pretende desarrollar aquí es que más allá de la cohabitación, cuando las personas se enfrentan a diversas dificultades existen mecanismos de reciprocidad en los que otorgan y reciben apoyo de familiares o amigos, que varían de acuerdo con el ciclo vital de los individuos. Esto se pone en evidencia al distinguir entre dos tipos de situaciones: las que se vinculan con eventos difíciles como la muerte de un familiar cercano, enfermedades, accidentes, problemas económicos serios, problemas de trabajo u otra situación considerada grave,²⁰ y aquellas asociadas con aspectos de la vida diaria²¹ (Gráficas 1 y 2).

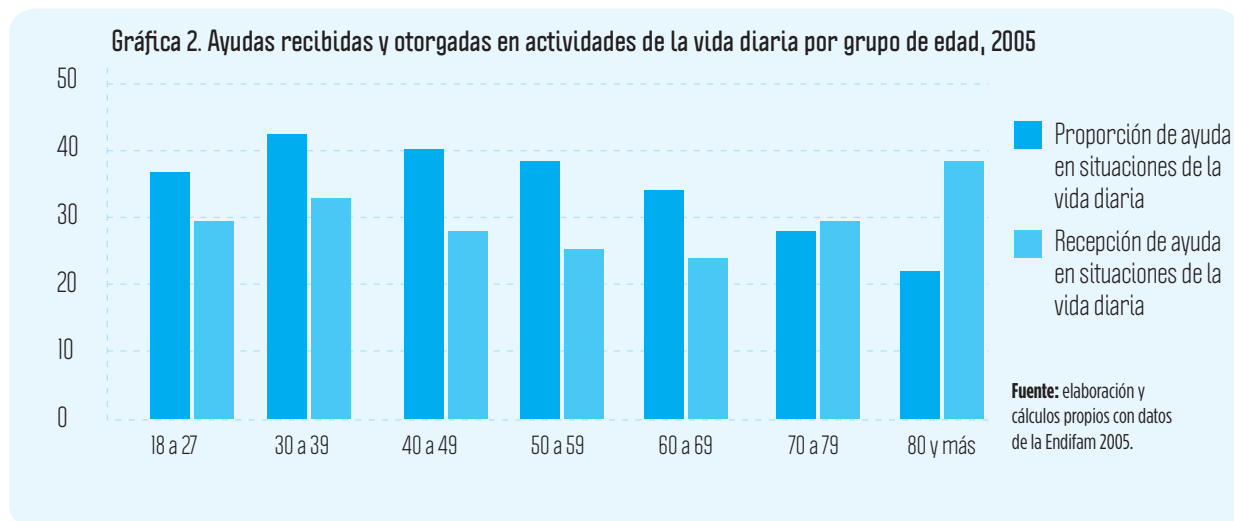
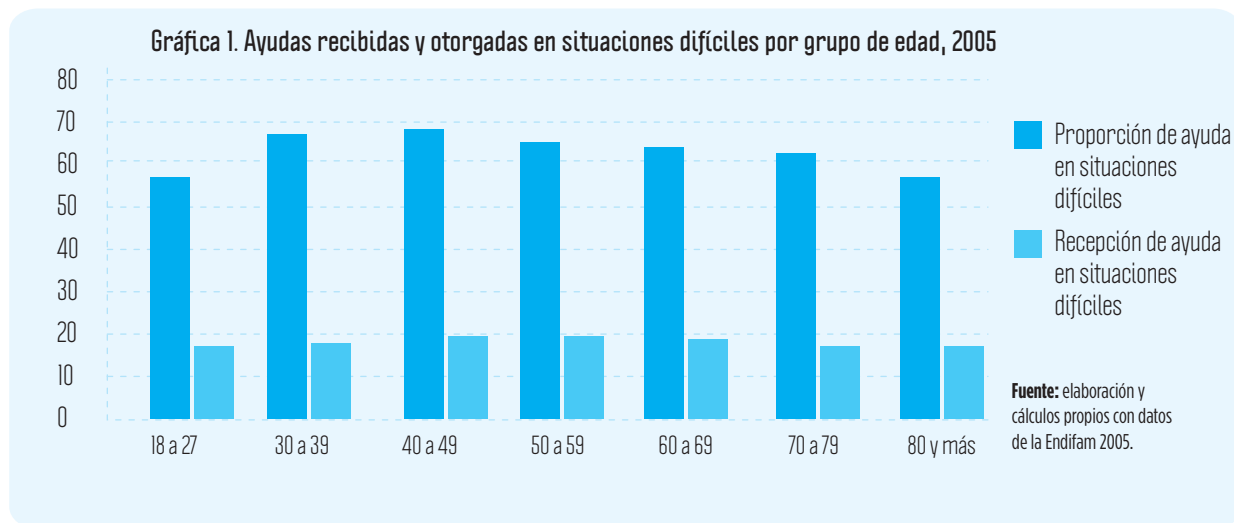
Entre los distintos grupos de la población, el proporcionar ayuda ante un evento complicado suele ser algo común, siendo mayor entre los grupos de 30 a 59 años; sucede algo similar con la recepción de ayuda ante situaciones difíciles, aunque en menor medida (Gráfica 1). El panorama cambia cuando se observan las ayudas proporcionadas y las recibidas en la vida diaria, un alto porcentaje de personas de los grupos de edad más jóvenes proporcionan ayuda en actividades cotidianas y también la reciben; sin embargo, conforme avanza la edad, sobre todo después de los 70 años, la ayuda recibida es mayor a la otorgada (Gráfica 2).

Los intercambios o apoyos que brinda la población suelen darse en función de diversas características. Por ejemplo, algunos estudios indican que la mayor participación laboral de los hombres fuera del hogar permite a las mujeres establecer relaciones más cercanas con la familia y la comunidad, de ahí que ellas puedan ser más propensas a otorgar y recibir ayuda. Cuando se llega a la vejez estos apoyos también son distintos para hombres y mujeres; en parte, estas variaciones se asocian con el estado conyugal, pues se indica que generalmente los hombres solteros o viudos tienen una red social menos amplia que las de las mujeres con esas mismas características.¹ Incluso la relación con los amigos es distinta por género, las mujeres tienden a establecer relaciones más cercanas en comparación con los varones, lo cual les otorga mayor bienestar emocional e incluso algunos autores señalan que, entre la población adulta mayor, el apoyo moral proporcionado por los amigos es altamente valorado.¹

En términos de cómo se percibe la ayuda se ha indicado que cuando los varones cuidan a otros varones, quien recibe la atención la percibe de una forma más negativa que cuando el cuidado es otorgado por mujeres. Es decir, pareciera que existe una percepción derivada de los imaginarios sociales sobre la mayor capacidad de las mujeres para fungir como cuidadoras.¹

Asimismo, otros estudios plantean que la percepción de la ayuda también depende del estrato socioeconómico, en los estratos bajos se valora la ayuda material, económica y la compañía; mientras que en los estratos medios se tiene una mayor preocupación por la afinidad con la pareja.¹

A pesar de las diferencias que puedan existir para proporcionar y recibir apoyo, el hecho es que se ha demostrado que las personas adultas mayores reciben y



dan apoyo de todo tipo. Al respecto se tiene que, ante “situaciones difíciles”,²² ser hombre o mujer no marca una diferencia para otorgar o recibir apoyo; es decir, el género no es una limitante para establecer lazos solidarios ante circunstancias complicadas. No ocurre lo mismo conforme pasa la edad, pues las personas de edades menos avanzadas (60 a 79 años) son más propensas a otorgar algún tipo de ayuda durante períodos de crisis enfrentados por familiares o amigos, en comparación con aquellas más envejecidas (80 y más). Sorprendentemente, ante eventos complicados experimentados por la población adulta mayor de los distintos grupos de edad no hay diferencias estadísticamente significativas, lo cual quiere decir que, independientemente de la edad de la población adulta mayor, no reciben ayuda cuando la necesitan (Cuadro 2).

En el caso del estado conyugal se observa en el Cuadro 2 que, tal y como se ha visto en otros estudios,¹ las personas adultas mayores viudas o solteras tienen menos probabilidades de recibir ayuda. En particular, ante situaciones difíciles, los casados o unidos tienen mayores probabilidades de ayudar en comparación con los demás. De igual forma ocurre en la recepción de apoyos, siendo los separados o divorciados, seguidos de los casados o unidos, los más propensos a tener ayuda.

El nivel socioeconómico,²³ sobre todo en los niveles más bajos, es un mecanismo que contribuye al otorgamiento de apoyos en situaciones complicadas. Los resultados muestran que la población que se concentra en los niveles socioeconómicos más bajos es más propensa a proporcionar ayudas en comparación con

¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor

| Cuadro 2. Probabilidades de la población adulta mayor de recibir u otorgar ayuda en situaciones difíciles y de la vida cotidiana, 2005 | | | | | | | |
|--|--|----|---|----|--|----|-------------------------------------|
| | Ayuda proporcionada en situaciones difíciles | | Ayuda recibida en situaciones difíciles | | Ayuda proporcionada en la vida cotidiana | | Ayuda recibida en la vida cotidiana |
| | Exp(B) | | Exp(B) | | Exp(B) | | Exp(B) |
| Sexo | | | | | | | |
| Hombres | 0.999 | | 1.124 | | 0.878 | ** | 0.783 * |
| Mujeres | 1.000 | | 1.000 | | 1.000 | | 1.000 |
| Grupo de edad | | | | | | | |
| 60 a 69 años | 1.754 | * | 1.014 | | 1.542 | * | 0.585 * |
| 70 a 79 años | 1.348 | * | 0.973 | | 1.191 | | 0.692 * |
| 80 y más | 1.000 | | 1.000 | | 1.000 | | 1.000 |
| Estado conyugal | | | | | | | |
| Casados o unidos | 1.414 | * | 1.620 | * | 1.142 | | 0.843 |
| Separados o divorciados | 1.152 | | 1.865 | * | 1.563 | * | 1.034 |
| Viudos | 1.181 | | 1.105 | | 1.094 | | 0.953 |
| Solteros | 1.000 | | 1.000 | | 1.000 | | 1.000 |
| Índice socioeconómico | | | | | | | |
| Primer decil | 0.532 | * | 0.687 | | 0.576 | * | 1.328 |
| Segundo decil | 0.606 | * | 0.716 | | 0.820 | | 1.444 |
| Tercer decil | 0.617 | * | 0.707 | | 0.790 | | 1.197 |
| Cuarto decil | 0.674 | ** | 0.623 | ** | 0.915 | | 1.537 * |
| Quinto decil | 0.877 | | 0.687 | | 0.899 | | 1.129 |
| Sexto decil | 0.853 | | 0.609 | | 1.136 | | 1.407 |
| Séptimo decil | 0.844 | | 0.493 | * | 1.257 | | 1.443 |
| Octavo decil | 0.756 | | 0.597 | | 1.129 | | 1.073 |
| Noveno decil | 1.004 | | 0.516 | ** | 1.592 | ** | 1.912 * |
| Décimo decil | 1.000 | | 1.000 | | 1.000 | | 1.000 |

*p < 0.05 **p < 0.10

Sagrario Garay Villegas, Verónica Montes de Oca
Sandra Mancinas Espinoza

| | Ayuda proporcionada en situaciones difíciles | Ayuda recibida en situaciones difíciles | Ayuda proporcionada en la vida cotidiana | Ayuda recibida en la vida cotidiana |
|----------------------------|--|---|--|-------------------------------------|
| | Exp(B) | Exp(B) | Exp(B) | Exp(B) |
| Tamaño de localidad | | | | |
| Menos de 2,500 | 1.131 | 0.753 | 1.609 * | 1.106 |
| De 2,500 a 19,999 | 0.912 | 0.786 | 1.373 * | 1.123 |
| De 20,000 a 99,999 | 0.809 | 0.793 | 1.412 * | 1.200 |
| De 100,000 a 999,999 | 1.019 | 0.611 * | 1.259 ** | 1.159 |
| De 1,000,000 y más | 1.000 | 1.000 | 1.000 | 1.000 |
| *p < 0.05 **p < 0.10 | | | | |

Fuente: elaboración y cálculos propios con datos de la Endifam 2005.

los que están en estratos más altos. En la recepción de ayudas, quienes tienen más probabilidades de ser receptores son aquellos ubicados en el cuarto decil del índice socioeconómico y aquellos con mejor posición económica (séptimo y noveno decil) (Cuadro 2).

Residir en una localidad con un determinado número de habitantes no es un elemento que permita establecer una diferencia para que la población adulta mayor otorgue apoyos en situaciones difíciles (Cuadro 2). Esta característica sólo es influyente en la recepción de ayuda, se observa que los únicos que están diferenciados para recibir apoyo son quienes viven en localidades de 100,000 a 999,999 habitantes, que son menos propensos al recibimiento de ayuda en comparación con quienes residen en localidades más urbanizadas.

El panorama anterior ha permitido mostrar algunas diferencias entre los apoyos recibidos y proporcionados ante circunstancias difíciles; sin embargo, la ayuda otorgada durante eventualidades puede no ser un indicativo de los apoyos con los que cuenta generalmente la población adulta mayor; una aproximación más cercana a ello es conocer aquellas actividades que realizan o que reciben en la “vida diaria o cotidiana”.²⁴ Al distinguir por género se observa claramente en el Cuadro 2 que, tanto para otorgar como para recibir ayuda, los hombres son menos propensos que las mujeres. Este resultado va en el sentido señalado por otros estudios, en donde se indica que las mujeres suelen

establecer relaciones más cercanas con la familia, los amigos y la comunidad, lo cual hace más probable que reciban ayuda.¹

Al distinguir por edad, se tiene que las personas de 60 a 69 años, en comparación con las de 80 y más, tienen mayores probabilidades de proporcionar ayuda a los demás en actividades cotidianas, lo cual es un indicador de la funcionalidad de este grupo de edad para desempeñar ciertas funciones que no demandan la ayuda de otros. Por el contrario, en la recepción de ayuda, los grupos más jóvenes (60 a 79) tienen menores probabilidades de recibir apoyo en su vida diaria en contraste con los de edades más avanzadas (80 y más) (Cuadro 2). Esto puede ser un ejemplo de cómo el envejecimiento trae consigo la necesidad de ayuda en actividades cotidianas o bien en las llamadas Actividades de la Vida Diaria (AVD).

El estado conyugal sólo establece diferencias para proporcionar ayudas, pero no para recibirlas. En el caso del otorgamiento de apoyo, son los separados o divorciados quienes presentan mayores probabilidades de realizar actividades de ayuda en la vida diaria. Por su parte, las personas que se concentran en el nivel socioeconómico más bajo (primer decil) son menos propensas a otorgar apoyo en este tipo de actividades cotidianas; mientras que las de los deciles más altos (noveno decil) tienen mayores propensiones de proporcionar ayudas. Las ayudas recibidas también son diferentes por índice

¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor

socioeconómico, las del cuarto y noveno decil son las más probables a recibir ayudas (Cuadro 2).

Las personas de los distintos tamaños de localidad tienen mayores propensiones de otorgar apoyo, pues son mucho más altas en las localidades rurales (menos de 2,500 habitantes). Esto último puede estar asociado con lo referido en algunos estudios respecto a que los lazos de parentesco y apoyo suelen ser más débiles en los contextos urbanos y más fuertes en las comunidades rurales.²⁵ Sin embargo, lo anterior sólo ocurre de forma unidireccional, pues en la recepción de apoyos el tamaño de localidad no es un elemento explicativo (Cuadro 2).

Comentarios finales

Lo que aquí se ha tratado de discutir está vinculado con los apoyos informales y el envejecimiento. Las dos ideas principales de las cuales se ha partido son: el debilitamiento de las redes familiares como una fuente de apoyo y la reciprocidad como un mecanismo para el fortalecimiento de las redes sociales.

En relación con lo anterior se ha indicado la importancia de la familia como encargada de proveer apoyo material, económico y cuidados en la vejez. Sin embargo, no debe olvidarse que la familia ha tenido que asumir este papel como consecuencia de las limitaciones en materia de leyes, programas y políticas de atención proporcionados por el Estado a la población envejecida. En ese sentido, debe pensarse que el Estado, como actor del bienestar hacia las personas mayores, juega un rol coestelar al lado de la familia. La CEPAL considera que, en América Latina, ante el papel secundario que el Estado ha asumido en la

atención a la población envejecida, el soporte económico y de cuidado ha pasado a ser responsabilidad de las familias.²⁶ Incluso esta situación se refleja en el imaginario de los mexicanos, quienes identifican a la familia como la principal responsable del bienestar de las personas mayores. Sin embargo, cambios demográficos como la disminución de la fecundidad cuestionará en un futuro inmediato la capacidad de la familia como principal agente proveedor de soporte hacia las personas mayores. De acuerdo con la CEPAL,²⁷ esta transformación traerá consigo la reducción del tamaño de la red de apoyo familiar. Además, condiciones económicas y sociales, así como aspiraciones personales, están coadyuvando a que las mujeres—quienes típicamente cuidaban o asistían a las personas mayores— se alejen progresivamente de estas tareas.^{19,28}

En términos de los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor, se ha observado que no en todos los casos existe reciprocidad; incluso podría decirse que ante situaciones difíciles, la población adulta mayor suele otorgar más apoyo del que recibe. Lo mismo parece ocurrir en situaciones de la vida cotidiana. Si bien es cierto que el tipo de apoyos que puede estar otorgando este sector de la población pueden tener más un carácter de tipo moral, afectivo y de cuidados, vale la pena destacarlos pues de esto tal vez dependa su inserción en una red social que les traiga beneficios en el presente y futuro.

Como parte de lo que queda pendiente para otras investigaciones está el indagar a quién o quiénes les proporcionan ayuda las personas en edades avanzadas y qué tipo de apoyo es el que predomina.

Referencias

1. Guzmán, J. M.; Huenchuan, S. y Montes de Oca, V., Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual, *Notas de Población*, 2003; (77): 35-70.
2. Montes de Oca, V., Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo al interior del hogar, en Ariza, M. y Oliveira, O. (coords.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 2004: 519-563.
3. Mancinas, S. y Garay, S., Límites y potencialidades de la cobertura social para la población envejecida en México, en Méndez-Ramírez, O. (coord.), *Rostros de Latinoamérica. Perspectiva multidisciplinaria. Corea del Sur: Institute of Iberoamerican Studies of Pusan University of Foreign Studies*, 2011: 23-43.
4. López, A., *El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1970-1997*, México, Conapo, 2001.
5. Pérez, J. y Brenes, G., Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 2006, 21: 625-661.
6. Estos datos corresponden a cálculos propios elaborados a partir de la información de la Enadid para distintos años.
7. Rabell, C. y Murillo, S., El respeto y la confianza: prácticas y percepciones de las familias numerosas y pequeñas, en Rabell, C. (coord.), *Tramas familiares en el México contemporáneo. Una perspectiva sociodemográfica*, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM/El Colegio de México, 2007.
8. López, M. y Izazola, H., *El perfil censal de los hogares y las familias en México*, México, INEGI/ Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 1994.
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Los hogares en México*, México, INEGI, 1997.
10. Varley, A. y Blasco, M., ¿Cosechan lo que siembran? Mujeres ancianas, vivienda y relaciones familiares en el México urbano, en Gomes, C. (coord.), *Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica*, México, Flacso/Miguel Ángel Porrúa, 2001: 301-322.
11. Garay, S. y Mancinas, S., Una aproximación a la relación familia, envejecimiento y política social en México, *Kairós Gerontología*, 2010, 13: 23-39.
12. Ariza, M. y Oliveira, O., Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición, *Papeles de Población*, 2001, 28: 9-39.
13. Ariza, M. y Oliveira, O., Familias, pobreza y desigualdad social en Latinoamérica: una mirada comparativa, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 2007, 22: 9-42.
14. García, B. y Rojas, O., Los hogares latinoamericanos durante la segunda mitad del siglo XX: una perspectiva sociodemográfica, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 2002 (50): 261-288.
15. Hakkert, R. y Guzmán, J. M., Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina, en Ariza, M. y Oliveira, O. (coords.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 2004: 479-518.
16. Montes de Oca, V. y Garay, S., Familias, hogares y vejez: cambios y determinantes en los arreglos familiares con personas adultas mayores en México, 1992-2006, en Chávez, A. M. y Menkes, C. (coords.), *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la Enadid 2006*. México: Secretaría de Salud/Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2010: 402-432.
17. Ramos, L., Family support for the elderly in Latin America: the role of the multigenerational household. *Ageing and the Family. Proceedings of the United Nations. International Conference of Aging Populations in the context of the Family*, Nueva York, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 1994, octubre 15-19.
18. En México, cerca de 50% de la población mexicana con 65 años y más no es derechohabiente en alguna institución de salud y aproximadamente 80% no recibe ingresos por pensión o jubilación.³
19. Saad, P., Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales. *Notas de Población*, 2005, 80: 127-54.
20. Las situaciones que se mencionan son retomadas de la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Familias (Endifam), la cual se utilizará para el análisis de los apoyos otorgados y recibidos.
21. Las ayudas o favores de la vida diaria abarcan una amplia gama de aspectos como: cuidados, préstamos de dinero o cosas, recoger correspondencia, entre otros.

¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor

22. Como se mencionó en párrafos anteriores, por situaciones difíciles se consideran aquellas relacionadas con la muerte de algún familiar cercano, enfermedades, accidentes, problemas económicos graves, dificultades serias en el trabajo, así como otra situación considerada de gravedad por las personas encuestadas en la Endifam 2005. Para diferenciar entre apoyos otorgados y recibidos se construyó una variable que agrupara, en un caso, a las personas que han proporcionado al menos un tipo de apoyo en una de las situaciones mencionadas; y, en otro, a los individuos que han recibido ayuda en al menos una de las circunstancias tomadas como difíciles.
23. El nivel socioeconómico hace referencia al índice socioeconómico incluido en la Endifam 2005, cuya construcción se detalla en el informe de la encuesta.
24. El periodo de referencia que se contempla en la Endifam 2005 para estas actividades son las realizadas o recibidas en los últimos doce meses. Al igual que en el caso de las situaciones difíciles, para diferenciar entre apoyos otorgados y recibidos se construyó una variable que agrupara, en un caso, a aquellas personas que han proporcionado al menos un tipo de apoyo de la vida diaria en los últimos doce meses; y en otro, a los individuos que han recibido ayuda en la vida diaria en al menos una actividad durante el último año.
25. Ybáñez, E.; Vargas, E. y Torres, A. L., Factores asociados a la coresidencia de los adultos mayores de 50 años por condición rural-urbana. *Papeles de Población*, 2005, 11: 29-48.
26. Comisión Económica para América Latina. *Panorama social de América Latina, 1999-2000*. Naciones Unidas, 2000.
27. Comisión Económica para América Latina. *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas*. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Santiago de Chile, Naciones Unidas, 2003.
28. Huenchuan S. *Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores*. Seminario regional las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. Santiago de Chile, CEPAL, 2009.

Las redes sociales como determinantes de la salud

Verónica Montes de Oca*
Lilia Macedo de la Concha**

Introducción

En las investigaciones sobre envejecimiento cada vez hay más consenso sobre la importancia de los entornos sociales, la cohesión social y las redes sociales de apoyo –entre otros aspectos– por: el incremento acelerado de las personas con 60 años y más, las pérdidas a lo largo del curso de vida, desequilibrio y deterioro de la salud, falta de medidas para satisfacer las necesidades de la población adulta mayor, así como por los mecanismos empleados por las personas de edad para satisfacer sus necesidades.

Se pueden considerar a las redes sociales como un sistema de intercambio de apoyos que surgen y se multiplican entre los sectores de la población, que se constituyen como una especie de sistema informal de seguridad social para la sobrevivencia, y se orientan a satisfacer las necesidades no cubiertas por el sistema de apoyo formal.

En cualquier etapa de la vida, se considera que las redes sociales son un apoyo importante para la salud y bienestar de las personas. En particular en la vejez, los individuos requieren ser reconocidos como seres humanos útiles y productivos, por lo que las redes sociales de apoyo resultan ser un excelente recurso.

En el mundo se ha observado un aumento en el número de años que viven las personas. En los países con niveles de salud aceptables, la expectativa de vida se encuentra alrededor de los ochenta años, y en muchos casos las personas llegan a esta edad con sorprendente vitalidad y productividad.

Por lo anterior, es necesario contar con estrategias sanitarias y entornos sociales adecuados para que esta población tenga la posibilidad de vivir digna y plenamente, así como de alcanzar más años de vida saludables y activos. Entre estas condiciones y estrategias se pueden mencionar las propuestas realizadas por Wilkinson y Marmot¹ y Marmot:²

- Generar políticas para evitar que la gente padezca situaciones prolongadas de desventaja.
- Observar la manera como los entornos social y psicológico afectan la salud.
- Garantizar un buen entorno durante los primeros años de vida.
- Vigilar el impacto del trabajo en la salud.
- Aminorar los problemas del desempleo y la inseguridad laboral.
- Advertir los peligros de la exclusión social.
- Detener los efectos del alcohol y otras drogas.
- Garantizar el acceso a suministros de alimentos saludables para todos.
- Propiciar sistemas de transporte más saludables.
- Valorar el papel de la amistad y la cohesión social.

De los factores antes descritos, en este capítulo se desarrollará la esfera relacionada con la cohesión social, sobre su componente de redes sociales de apoyo; las cuales han sido revaloradas en la literatura médica y en cuanto a envejecimiento, no sólo desde la Organización

* *Doctora en Estudios de Población. Investigadora Titular Definitiva. Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.*
** *Maestra en Administración de la Atención Médica y de Hospitales. Profesora Asociada C, tiempo completo, Definitiva. Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.*

Las redes sociales como determinantes de la salud

Mundial de la Salud, sino desde agencias regionales como el Centro Latinoamericano de Demografía (2003). La propuesta internacional es promover entornos sociales y físicos adecuados, así como incentivar redes sociales de apoyo para que la población pueda generar un proceso de envejecimiento saludable desde etapas tempranas de su curso de vida.

Los determinantes sociales de la salud, la cohesión social y las redes sociales

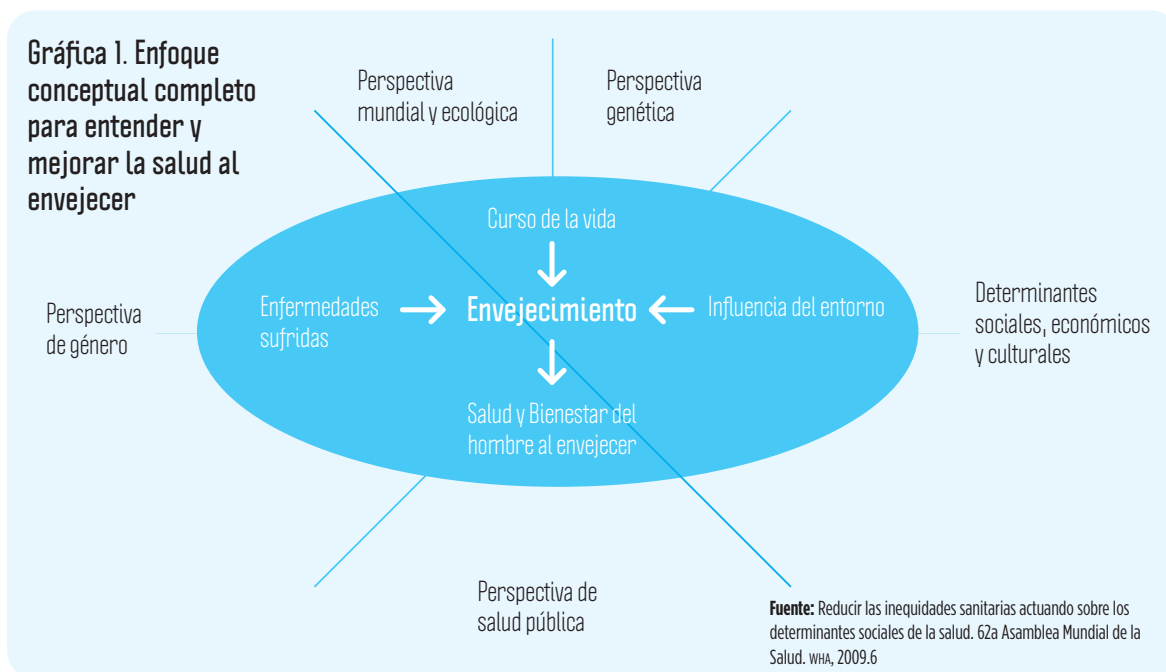
Desde el siglo XIX se reconoció que la salud y el envejecimiento de una población se encontraban relacionados con condiciones sociales y económicas bajo las cuales ésta vivía.³ El reconocimiento de que el envejecimiento es un proceso que comienza desde la gestación y el nacimiento, condicionado por determinantes sociales tales como la construcción de género, la ubicación de las personas en el proceso productivo y las características del entorno, factores determinantes de la salud y el envejecimiento. Pero también se reconocía que no todas las personas envejecen al mismo ritmo y de forma saludable y esto es producto de las características y eventos en las que transcurre su vida.

El debate todavía vigente señala cómo las políticas de salud han centrado la atención de los problemas de salud al tratamiento de las enfermedades y sus padecimientos; cuando desde el enfoque de los determinantes sociales

es necesario incorporar acciones sobre el entorno físico y social para aminorar las consecuencias de situaciones desventajosas.

Hoy en día hay más consenso en considerar que las personas con carencias sociales son más vulnerables, por lo que enferman y mueren con mayor frecuencia comparadas con las que tienen condiciones sociales privilegiadas, ya que tienen un menor acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. En la década de los ochenta las investigaciones sobre la desigualdad social ante la muerte pueden trasladarse en el mismo sentido hacia la longevidad, pues las características económicas y sociales condicionan las formas de vida y muerte, y en esa medida las formas en que se alcanzan edades avanzadas.⁴⁻⁵

Frente a estos aspectos, los determinantes sociales, económicos y culturales –como se conocen en su forma amplia– plantean que el proceso de envejecimiento es resultado de características del entorno físico y social que influyen en las condiciones de salud y bienestar, así como en la aparición de enfermedades en el curso de vida. Para este capítulo ponemos especial atención en la dimensión de la cohesión social, los entornos sociales, pero específicamente en lo referente a las redes sociales como una zona de interacción social y generación de intercambios y reciprocidades en materia de apoyos y suministros, destinados a mejorar las condiciones de las personas que los reciben como de quienes los otorgan (Gráfica 1).



Cohesión social

En la literatura sobre los determinantes sociales, la cohesión social es la dimensión que nos aproxima a los entornos físicos y sociales, y en esa medida a las formas de interacción de las redes sociales.

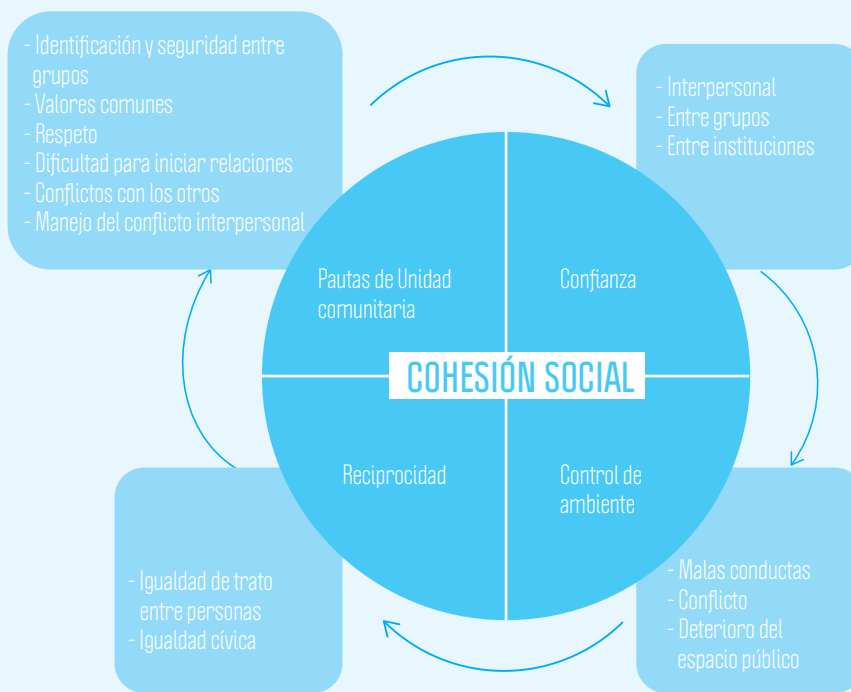
Entender la cohesión social no es sencillo, ni hay un consenso sobre el tema. Algunos autores han señalado que una sociedad cohesionada tiene una mayor capacidad para enfrentar retos y conflictos derivados, ya sea porque la cohesión facilita poner en práctica recursos y estrategias normativas, culturales y sociales.⁷ Las formas en que se da la cohesión social pueden ser múltiples, y remite básicamente a una condición cuyos niveles pueden variar sociohistóricamente. Autores como Gordon y Millán⁸ apuntan las siguientes dimensiones de la cohesión social: a) pautas de unidad de la comunidad, b) confianza, c) reciprocidad y d) control del ambiente. Pero en cada una de estas dimensiones se aprecian variables que deben ser consideradas (Gráfica 2).

Por ejemplo, entre las pautas de unidad comunitaria es muy importante la identificación del grupo, así

como la seguridad frente a otros grupos, compartir valores comunes, respeto entre personas, pero también la dificultad para establecer relaciones, experimentar conflicto con los otros y el manejo de éste. Sobre la dimensión de la confianza es necesario señalar el nivel interpersonal, la confianza entre grupos y en las instituciones. En cuanto a la reciprocidad, es importante la igualdad de trato entre personas, así como las pautas de igualdad cívica. Mientras que tener control del ambiente es la última dimensión de la cohesión social, que permite tener control sobre las malas conductas, los conflictos y el deterioro de los espacios públicos.

A partir de estos señalamientos, cabe resumir que la cohesión social forma parte de los determinantes sociales no sólo por dar énfasis a las relaciones interpersonales entre personas, grupos e instituciones, sino porque establece la generación de confianza, reciprocidad y control de los entornos sociales y espaciales, en los cuales la posibilidad de resolver y controlar los conflictos no es una situación menor.

Gráfica 2.
Dimensiones
generales de la
cohesión social⁸

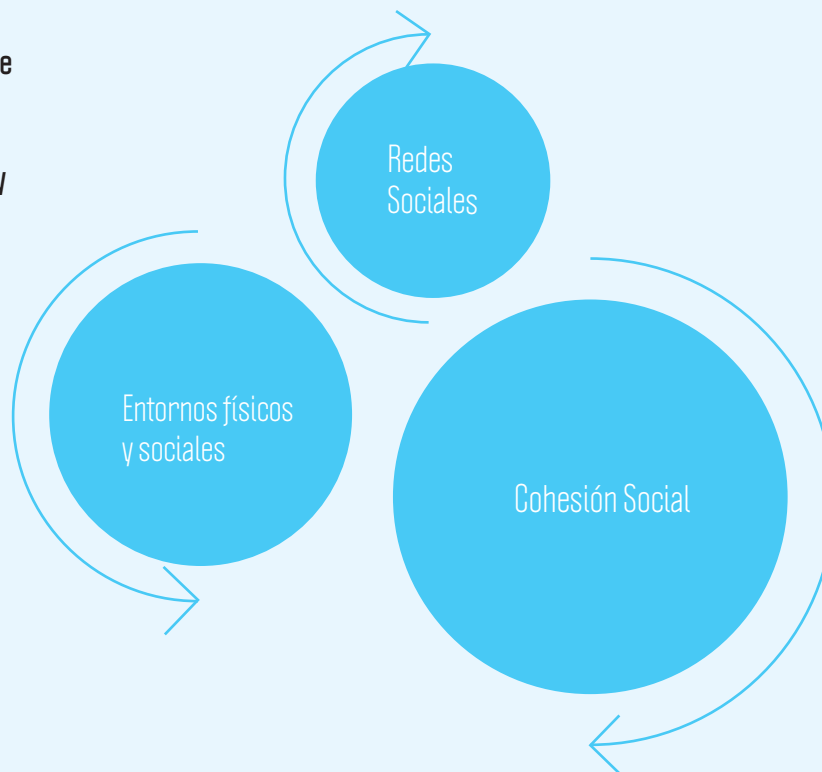


Entornos físicos y sociales

Por entornos físicos y sociales, podemos entender tanto los espacios públicos, los servicios públicos, la vivienda, así como las relaciones de confianza y reciprocidad que se establecen entre personas, grupos e instituciones. La contribución de la ecología, aquí adquiere una importancia central frente a los cambios que aminoran el control sobre el ambiente y sobre los recursos materiales. Contar con entornos físicos y sociales favorables ha sido un postulado de las agencias regionales, pues es a través de ellos como es posible garantizar la calidad de vida y relaciones sociales saludables. El tema de la calidad de la vivienda, los servicios públicos y de salud resultan prioritarios a la luz de los entornos físicos en la discusión sobre la cohesión social. No contar con estos entornos favorables puede deteriorar la salud por ambientes expuestos, así como el contexto en el que se gestan las relaciones sociales débiles y conflictivas.

Dentro de los entornos sociales, es posible advertir en la literatura que ambientes violentos deterioran el entorno en el cual viven las personas, generan estrés, miedo o delincuencia, con lo que ponen en peligro el desenvolvimiento de las personas y la forma como interactúan. Un entorno físico o social adverso vulnera las relaciones sociales de confianza mutua, la reciprocidad y la posibilidad de resolver conflictos entre personas, grupos o instituciones. Wilkinson y Marmot¹ afirman que “Las sociedades que hacen posible que sus ciudadanos desempeñen un papel pleno y útil en la vida social, económica y cultural de su sociedad, serán más saludables que aquellas donde las personas enfrentan inseguridad, exclusión y pobreza absoluta”. La actuación sobre las condiciones sociales y económicas que determinan que las personas se mantengan sanas o no, tienen un mayor impacto en la salud de la población general que la atención médica propiamente dicha. “Las condiciones pobres dan lugar a una salud más pobre” señalan Wilkinson y Marmot¹ (Gráfica 3).

Gráfica 3. Engranaje que relaciona cohesión social, entornos sociales y redes sociales



Fuente: elaboración propia.

En ese sentido, la carencia de servicios públicos adecuados, la inseguridad pública, la ausencia de transporte ecológico y confiable, pueden ser aspectos que deterioran

los entornos físicos y sociales, que enmarcan relaciones de baja cohesión social y en esa medida poblaciones menos saludables. Esto si bien es importante para toda la

población, lo es en mayor medida para las personas con discapacidad y en la vejez. Son especialmente estos grupos quienes enfrentan desigualdades acumuladas en el tiempo o por características de exclusión. Hoy en día discusiones más avanzadas proponen pensar una desigualdad acumulada por género, edad, etnia y nivel socioeconómico derivada entre otros factores por entornos desfavorables.⁹

En las personas adultas mayores identificar las características de las condiciones sociales y económicas bajo las cuales vivieron durante las anteriores etapas de su vida, así como las que tienen actualmente, permite ubicar el estado de salud y bienestar con el que cuentan y el riesgo de tener problemas de salud. Por ejemplo, las poblaciones de estratos sociales bajos tienen el doble de riesgo de sufrir una enfermedad grave o una muerte prematura, comparadas con quienes cuentan con un estrato social alto.¹⁰

Las desventajas que se pueden identificar en las poblaciones de bajos recursos son, entre otras: un patrimonio familiar escaso, en la adolescencia una educación deficiente, desempleo o un trabajo sin futuro o inseguro, viviendas en malas condiciones y una familia cuyo desarrollo se ve afectado por las deterioradas condiciones en que vive. Por consiguiente, dichas desventajas generarán problemas nutricionales, estrés, deterioro físico, inseguridad, ansiedad y falta de integración familiar.¹

Los diferentes cambios emocionales y materiales que tienen que enfrentar las personas como consecuencia del paso por los diversos niveles educativos, el inicio en el trabajo, un posible desempleo, el comienzo de una familia propia y una posible jubilación afectan la salud. Por obvias razones su trayectoria es diferente cuando se tienen condiciones del entorno privilegiadas que cuando no se tienen.¹

Estas grandes diferencias percibidas en los que tienen y no tienen obligan a los tomadores de decisiones de la atención de la salud a incorporar políticas que equilibren las enormes desigualdades expuestas. Lo que implica reducir los niveles de fracaso educativo, la cantidad de inseguridad laboral y el grado de diferencias en ingresos en la sociedad. Una perspectiva multidisciplinaria y no sólo desde el enfoque de la enfermedad es lo que puede fortalecer la cohesión social desde los determinantes sociales, mejorar los entornos físicos y sociales, así como la salud de las poblaciones.

Redes sociales de apoyo: conceptos, definiciones y debate

En el marco de los determinantes sociales, de la cohesión social y de los entornos físicos y sociales favorables, es posible identificar el papel de las redes sociales como construcciones sociohistóricas de gran utilidad para la creación de identidad comunitaria, sentido de pertenencia, confianza y reciprocidad, así como un mecanismo altamente eficiente para resolver problemas interpersonales, grupales e institucionales.

El concepto anglosajón define la red informal como un sistema de apoyo primario integrado por el dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes.¹¹ La ubica como una instancia que proporciona apoyo emocional, informacional y sentimental; genera con esto en sentido recíproco efectos de sensación de cuidado y amor; de estimación y valor, de sentido de pertenencia a una red de comunicación y obligación mutua.

Walker y su equipo¹¹ las definieron como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”. Maguire¹² las concretó como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. Gottlieb¹³ puntualizó sobre los beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos que se generan de las relaciones.

En España, Requena Santos concibió que las redes son una poderosa herramienta de análisis social y las definió como “...el tejido formado por las relaciones entre un conjunto de actores que están unidos directa o indirectamente mediante compromisos, informaciones, etcétera”. Establece tres dimensiones en su funcionamiento: “a) el efecto de la posición del actor en la red sobre su propia conducta; b) La identificación de los subgrupos en la estructura de la red; y c) La naturaleza de las relaciones entre los actores”.¹⁴

En México, Lomnitz¹⁵ identificó que las redes de intercambio desarrolladas por los pobladores constituyen un mecanismo efectivo para suplir la falta de seguridad económica que prevalece en las comunidades. La autora aportó el término de “redes informales en sistemas formales”, el cual puntualiza que

las redes no sólo identifican las relaciones horizontales, sino también reconoce los vínculos verticales y las relaciones de apoyo existentes entre grupos empresariales, comunidades científicas, entre otras.¹⁶

De la misma manera surgió el concepto de estrategias de sobrevivencia,¹⁷⁻¹⁹ el cual dio cabida al principio de reciprocidad en la dimensión de las redes sociales. Torrado modificó el término de estrategias de sobrevivencia familiar (que se centraban en los grupos más vulnerables de la sociedad) por el de estrategias familiares de vida (que involucra al resto de la sociedad).

Una de las aportaciones más importantes que contextualizan la razón de ser de las redes sociales es la que señala De la Peña:

en México, la ley y las garantías individuales constituyen un verdadero espacio ficticio: lo que permite a los individuos habitar un espacio inteligible y previsible –en los negocios, en los barrios populares, en la universidad, en la práctica profesional y, por supuesto, en la política– son las relaciones de confianza y lealtad, incorporadas en las redes de lazos horizontales y verticales.¹⁶

Lo cierto es que las redes sociales se basan en principios de reciprocidad diferencial. González de la Rocha¹⁹ mencionó que reciprocitar un favor, una ayuda, el apoyo recibido en un momento difícil o en cualquier momento de la vida cotidiana es, de hecho, dejar la puerta abierta a la relación; no reciprocitar implica lo contrario.

A pesar de su gran potencial, las redes sociales tienen limitaciones. Los sectores socioeconómicos en desventaja tienen relaciones sociales de apoyo debilitadas por las condiciones económicas, pero fuertes en cuanto a la disponibilidad de ayuda con trabajo, compañía, información y afecto. La reciprocidad también se ve amenazada por circunstancias sociales, económicas o políticas adversas.¹⁹

A pesar de ello existe consenso en que el apoyo social genera grandes beneficios en la salud a cualquier edad y sus efectos positivos se reflejan a nivel individual y social. Pero los apoyos sociales (dinero, cuidado, información y afecto) son un determinante social para el bienestar de la población en edad avanzada y longeva, sobre todo cuando los sistemas de seguridad social son insuficientes, así como cuando los servicios de atención a la salud

no cubren de manera integral a toda la población. La recepción y otorgamiento de apoyos sociales permite que las personas se sientan relacionadas, útiles, cuidadas e importantes para los demás.²⁰

Estructura de las redes sociales

De las aportaciones elaboradas por Pearlin, destaca al respecto la concepción de que las redes sociales representan al total de población con la cual una persona debe relacionarse.¹¹ Puntualizó que el apoyo social es multidimensional y se integra por redes sociales, grupos de afiliación e interacción interpersonal.

El estudio y desarrollo de las redes sociales evidencian la inequidad existente entre los grupos sociales, a su vez, éstas se estructuran y se reestructuran para conservar o aumentar los recursos.¹⁶

Otros autores diferencian el concepto de redes sociales por los componentes que de alguna manera participan en el funcionamiento de éstas: apoyos sociales e integración social. Consideran que las redes sociales son estructuras identificables a través de la densidad y homogeneidad que reflejan las relaciones sociales: apoyo social, el contenido funcional de las relaciones sociales e interacción social, la existencia o cantidad de relaciones.¹¹

De las diversas investigaciones sobre redes sociales surgen categorías útiles para entender la complejidad de los sistemas de apoyo. Algunos autores han planteado algunas características de la estructura de una red: rango, densidad, intermediación, agrupamiento y dispersión. El rango es el tamaño de la red, que tiene que ver en algunos casos con la edad. Mientras más viejo es el anciano menor es su red. La densidad se refiere al grado de interrelación entre los miembros; cuando la fuente primaria de apoyo es la familia y algunos amigos, la red es más densa. Lo ideal es que la red sea de amplio rango o tamaño, pero que también sea densa. La intermediación: poder y control que un actor puede ejercer sobre el resto de los actores de una red. Cuando los integrantes son socialmente homogéneos y fuertemente conectados, esta característica disminuye. El agrupamiento distingue los grupos de actores que están fuertemente conectados de los que no lo están; y la dispersión, que es la distancia espacial entre los miembros de la red.^{14,21-24}

Otros conceptos importantes son los de homogeneidad y heterogeneidad de la red, identificadas por la similitud en las condiciones económicas, sociales, demográficas y culturales de los miembros de la red.

Asimismo, otro elemento de la red es el de reciprocidad, —considerado como uno de los más importantes para su funcionamiento—, la cual se entiende como el grado en que el apoyo es dado o recibido. Se ha observado que sentirse útil y satisfacer necesidades tiene más efectos positivos en las personas que la recepción de ayuda.²⁵

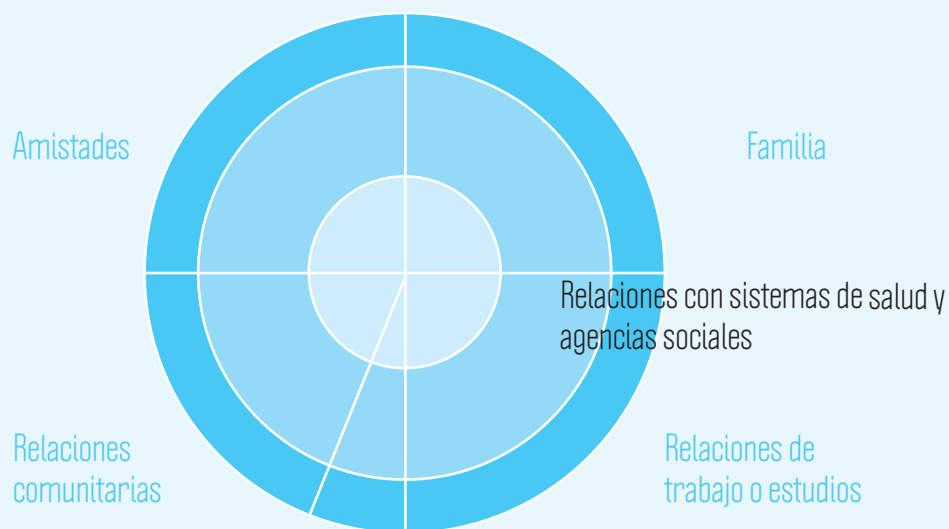
También Requena¹⁴ señala que las redes sociales se integran por actores y por diversos tipos de vínculos: de comunicación, transacción, instrumental,

sentimental, de autoridad o poder, de parentesco y descendencia.²⁶

Respecto al género, se ha señalado que las redes son diferenciales entre hombres y mujeres, y que sufren modificaciones en el curso de vida de los individuos y en las etapas del ciclo vital de las familias.

Entre las redes de apoyo mencionadas se distinguen: las redes familiares de apoyo, las redes de no familiares (amigos, vecinos, ex compañeros de trabajo, amigos de los amigos, conocidos, entre otros), las redes comunitarias, y las redes promovidas por instancias gubernamentales (Gráfica 4).

Gráfica 4.
Mapa de red²⁴



Las redes sociales como determinantes de la salud

Wilkinson y Marmot¹ señalan que “pertenecer a una red social hace que las personas se sientan cuidadas y que la amistad, las buenas relaciones sociales y las redes sólidas de apoyo mejoren la salud en el hogar, el trabajo y la comunidad”. Hoy se sabe que las personas que experimentan mayor bienestar están apoyadas y relacionadas socialmente, sufren menos depresión y el proceso de envejecimiento natural se alarga.

El acceso al apoyo social y emocional depende de la situación social y económica de la localidad o del país. La pobreza también es un factor que contribuye al aislamiento social.

Se ha observado que la cohesión social es fundamental para la salud y el bienestar de las poblaciones. La mortalidad es más alta en individuos con menos Índice de Red Social y también la mortalidad es más alta con más altos niveles de segregación social.²⁷⁻²⁸ Las regiones con menor cohesión presentan altos impactos negativos que se traducen en violencia, adicciones, deterioro de la salud mental, así como una mayor frecuencia de enfermedades y tasas altas de mortalidad. En esto, los hombres y mujeres adultos mayores también se ven afectados pues la falta de cohesión deteriora las relaciones familiares, las comunitarias y a las instituciones, lo que genera falta de solidaridad con sus necesidades y provoca que éste, entre otros efectos, se sienta abandonado, aislado, inútil y devaluado en gran medida.

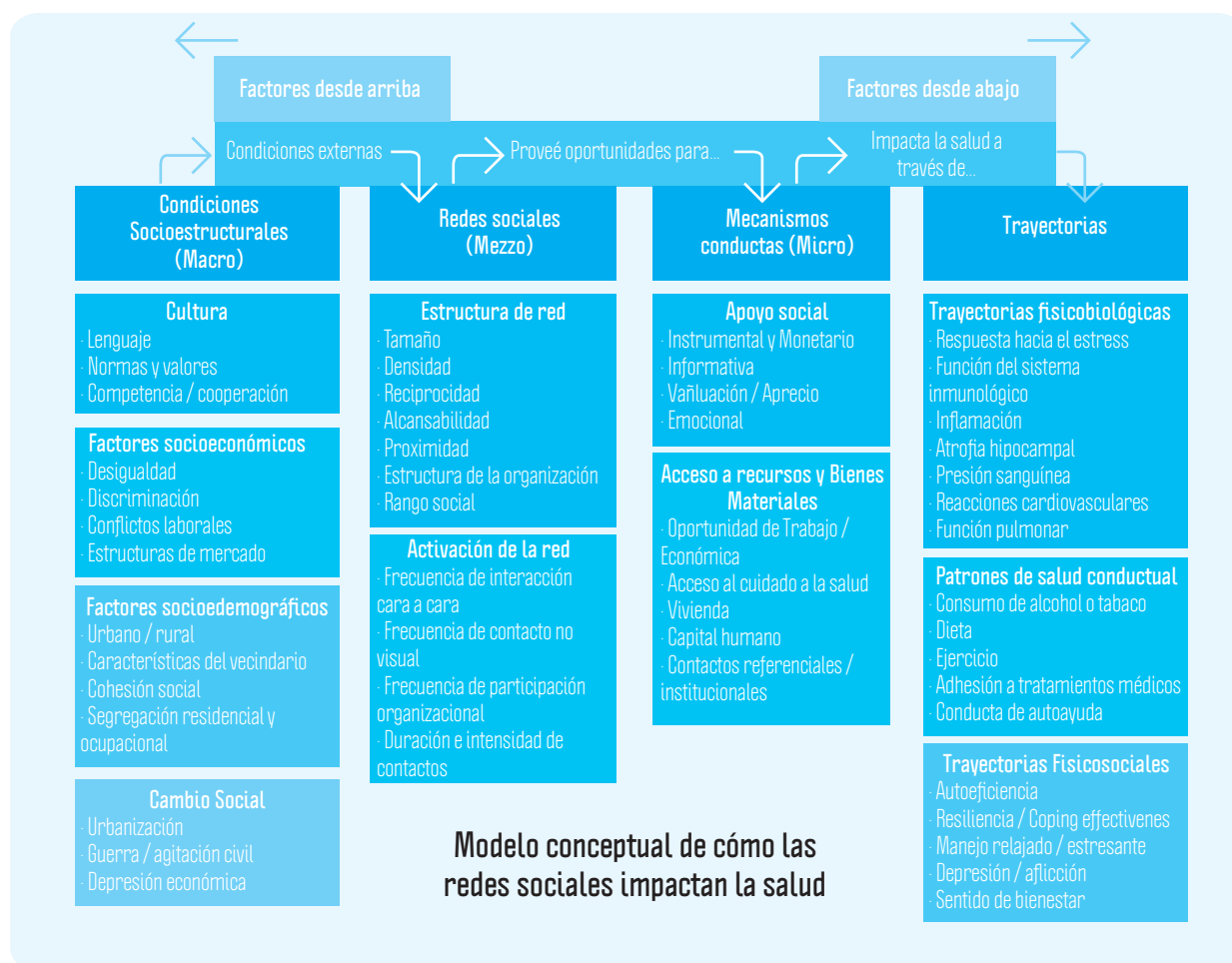
Las redes sociales como determinantes de la salud

Berkman²⁷ diseñó un modelo de cómo las redes sociales afectan la salud y al respecto menciona el papel de factores externos e internos. Entre los factores externos se encuentran condiciones macroestructurales como la cultura, la economía, la demografía y los cambios sociales. A nivel *mezzo* se ubican las redes sociales, donde están los elementos de estructura y activación que hacen variable el funcionamiento de las redes sociales. En el nivel micro ubica los mecanismos conductuales en los cuales se encuentran los tipos de apoyo social, el acceso a recursos y bienes materiales; el compromiso y la

influencia social. Finalmente identifica una dimensión de trayectoria que integra características fisiobiológicas, patrones de salud conductual y trayectorias psicosociales.

Este ejercicio que desarrolla, permite tomar en consideración aspectos que desde los entornos sociales y físicos inciden sobre el funcionamiento de las redes sociales, pero también vierte importancia a aspectos conductuales y psicofisiológicos de la personalidad que deben influir en el funcionamiento de las redes sociales en la salud de las poblaciones (Gráfica 5).

Gráfica 5. Modelo de cómo las redes sociales afectan la salud²⁸



Las redes sociales y la longevidad

Volviendo al tema que nos ocupa sobre envejecimiento y redes sociales, en nuestra región existen muy pocas investigaciones al respecto.^{23-24,29-30} Sin embargo, mientras en otros países —con procesos de envejecimiento más acelerados— la investigación sobre redes sociales

y población anciana se consolidan, en nuestros países apenas comienza a ser tomada con seriedad, sobre todo bajo la consideración de que a través de esta área se entiende una dimensión más en las condiciones de vida en el adulto mayor.

Durante muchos años se pensó que las redes eran un indicador de apoyo, ya que si se pertenecía a una se estaba apoyado. La investigación gerontológica desmintió que esto fuera así y empezaron a preguntarse por la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad en los apoyos. Sin embargo, algunos estudios gerontológicos mostraron que la pertenencia a una red social no aseguraba el apoyo constante, ya que dependía del curso de vida de los individuos.

Para ello, Rowe y Kahn, autores de *Envejecimiento exitoso*, consideraron importante la convicción que deben tener los individuos con respecto a que pertenecer a una red implica obligaciones recíprocas. Distinguiendo el apoyo *socio-emocional* (afecto, respeto y estima); del *instrumental* (las acciones de asistencia directa). Referen que cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo socio-emocional (jóvenes, viejos, familiares, amigos), mayor es su eficacia. Este apoyo permite contar con un confidente, encontrar una fuente de seguridad, recibir cuidados en caso de enfermedad, sentir el afecto y respeto de otras personas y tener interlocutores en cuestiones de salud y otros problemas.²⁵

Para la vejez en particular esto debe ser considerado pues la continuidad en el apoyo, por las características que tienen los viejos, es fundamental.

A continuación se hará un recorrido a los tipos de redes sociales que se existen y sus efectos ante las diversas circunstancias bajo las cuales viven las personas involucradas en ellas, y de manera particular los ancianos.

Las redes sociales en la calidad de vida

Las redes sociales de apoyo son estrategias que utilizan las personas para obtener o mantener ciertos beneficios en su calidad de vida. Esto se puede aplicar de manera muy importante en los adultos mayores.

De hecho, en el transcurso de la vida todos pasamos de unas redes a otras, que forman parte crucial de nuestro desarrollo.³¹⁻³² Muchas de estas redes caminan paralelamente a las instituciones que regulan nuestro tránsito en la sociedad.³³

Los cambios económicos, epidemiológicos, demográficos y sociales han hecho evidente la necesidad de las redes sociales. Para los ancianos en particular este recurso es estratégico ante la carencia de apoyos familiares, cuya estructura y dinámica se han modificado por las condiciones de vida que se tienen en la actualidad. Ejemplo de esto es la ascendente participación

económica de las mujeres, junto a la realización de actividades domésticas y la crianza de los hijos, lo que se traduce en mayor medida (ya que esto ocurre en la actualidad) en una insuficiente procuración de cuidados y apoyos hacia la población mayor, no tanto por negligencia sino por sobrecarga de tareas orientadas hacia la sobrevivencia.

Para este caso, la evidencia en los vínculos familiares y no familiares en la construcción de bienestar del viejo establece la necesidad de relacionar las redes conformadas por parientes, amigos y vecinos de la comunidad con las redes establecidas por las instituciones.

Scott y Wenger²² han concluido que la formación de las redes se ve influida por tres factores: el matrimonio y las pautas de fecundidad, la historia de migraciones y la personalidad. El primer y segundo factor dispone a las personas cercanas a uno, mientras que la personalidad influye en la naturaleza de las relaciones con quienes nos rodean.

La reciprocidad puede verse afectada por deterioro económico severo entre las personas, por falta de tiempo, por disponibilidad, por sobrecarga de actividades, por percepciones diferentes del sentido del intercambio entre generaciones, entre muchos otros aspectos.

Hareven y Addams³⁴ señalan la relevancia del sentido de responsabilidad, afecto, obligación familiar, confiabilidad y compromiso con el bienestar para un buen funcionamiento del principio de reciprocidad, sin embargo estos valores se encuentran en continuo cambio de generación en generación.

Roca³⁵ señala que el envejecimiento—desde una óptica pesimista— se considera como una especie de asimetría en las redes de apoyo social del adulto mayor, pues es mucho más lo que, en apariencia, éste necesita y demanda que lo que realmente puede ofrecer.

Cuando el adulto mayor es consciente de ello, puede socavar su salud subjetiva cuando los intentos de los demás por favorecer su bienestar—aunque positivos en su intención— impactan negativamente y contribuyen a generar sentimientos de minusvalía, al sentir que no puede reciprocitar lo que recibe o demanda de los demás. Esto aumenta los riesgos en la salud y en alguna literatura ha sido definido como “apoyo social negativo”.³⁵

Un ejemplo de ello es el aportado por Krassoievitch,²⁵ en donde demuestra que las personas que reciben un mayor apoyo social en términos de conversaciones telefónicas y visitas con amigos, familiares, vecinos y participación

en actividades sociales, gozan de mejor salud que cuando el anciano se limita a una asistencia pasiva.

Así mismo, se ha demostrado también que los individuos que tienen relaciones sólidas con familiares, amigos y organizaciones sociales viven más tiempo que los que carecen de ellas. Sin embargo, el mismo autor menciona la necesidad de subrayar que la efectividad del apoyo social depende de la situación en que se proporciona, del individuo y de sus necesidades. Un apoyo innecesario, no deseado o erróneo, aun cuando sea bien intencionado, puede tener efectos dañinos al producir dependencias y afectar negativamente la autoestima.

Las redes sociales familiares

Se afirma que la base de las diferentes redes de apoyo social se encuentra en la familia, sea corresidente o no. Los estudios mencionan que el cónyuge y los hijos son los principales actores de este tipo de red, éste es el factor principal por el cual los cambios demográficos como la migración, el descenso de la fecundidad y mortalidad generan una reestructuración de la red familiar. El matrimonio y su disolución son causa de la disminución en la estructura y composición de las redes familiares de apoyo.

Entre la población adulta mayor las redes de apoyo familiar son diferentes para hombres y mujeres. El estado civil tiene efectos diferentes en los hombres y las mujeres,²² de la misma manera el número de los hijos tiene una actuación diferencial con respecto al padre o la madre. La mortalidad a través de los diferenciales en la esperanza de vida también tiene efectos diferentes, puesto que los hombres al tener una vida más corta viven la vejez en compañía, lo que en algunas latitudes se complementa cuando la edad de la cónyuge es muy inferior. Las diferencias de género muestran que los varones solteros o viudos tienen una red social más reducida que las mujeres en cualquiera de esas categorías.

Los apoyos factibles de ser otorgados a los adultos mayores son los quehaceres domésticos, cuidado directo, confidencialidad, apoyo emocional, intimidad, compañía, consejo, entre otros. Los niveles de proximidad como intimidad, la convivencia diaria, el compartir espacios y enseres dentro de los hogares —entre otros— marcan las diferencias en los apoyos recibidos.

Tal vez es importante distinguir entre las redes familiares, el papel de los familiares que viven dentro

del hogar del anciano como aquellos familiares que interactúan a distancia porque residen en hogares diferentes. Algunas investigaciones han mostrado la importancia de los apoyos intradomésticos, en contraste con los apoyos del exterior del hogar donde reside el adulto mayor.³⁰

Las redes sociales no familiares

Después de la familia, las redes de los amigos, vecinos, ex compañeros de trabajo pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda. El patrón jerárquico de preferencia de las personas mayores ante el trabajo de cuidar o la búsqueda de asistencia marcado por la gerontología es: primero la esposa, luego los hijos adultos, después los parientes y finalmente los amigos.

Sin embargo, en determinadas circunstancias los amigos pueden resultar una fuente de apoyo fundamental. Pocos estudios han analizado la participación de los amigos en los sistemas de apoyo, pero al hablar de redes sociales, los amigos fungen como uno de los principales actores —especialmente con el apoyo emocional—, aspecto importante en los viejos ya que se ha observado que esto prolonga la independencia. Ello parece explicarse por la motivación, la pérdida de tensión y el fomento de los estados de ánimo saludables. Según otros autores, el apoyo emocional provisto por los amigos es probablemente más apreciado que el cuidado recibido obligadamente por la familia.³⁶

En algunos otros casos los amigos son especialmente importantes para ciertos sectores de la población, por ejemplo: las personas que nunca se casaron, quienes se encuentran lejos de su familia, o aquellos que no tuvieron hijos. En el caso de enfermedades terminales los amigos resultan ser una parte sumamente pequeña de sus redes. En general los amigos pueden estar más integrados a actividades de transporte y tareas relacionadas con los quehaceres de hogar, en contraste con el cuidado personal.³⁶

Por último, existen algunos factores que limitan a las redes de amigos como son: las excesivas jornadas laborales, las limitaciones económicas, la falta de autonomía física, por citar algunas.

En general, aunque la literatura da relevancia al papel de los amigos, el grado de actuación de éstos es limitado. Ejemplo de ello es la poca participación en las tareas de cuidado personal y de higiene, el cual es un problema

manifiesto en los ancianos, quizá esto pueda explicarse, entre otras cosas, por la sensación de “violación a la intimidad”.

Las redes sociales comunitarias

Es interesante considerar el estudio de las redes comunitarias no a partir de la perspectiva del individuo o la familia, sino desde la misma comunidad. Las redes comunitarias desde la perspectiva del grupo tienen implicaciones diferentes que se perciben de manera colectiva.

Generalmente las redes sociales comunitarias se estructuran como resultado de las severas crisis políticas y económicas; parte de la discusión sobre empoderamiento puede trasladarse a esta escala grupal que cobra sentido cuando la construcción subjetiva de “haber participado”, “haber logrado”, “haber compartido” asume un sentido que sólo puede ser posible a través de la experiencia colectiva. Ejemplos de esto son: comedores infantiles, educación popular en las comunidades indígenas, grupos de alcohólicos, jubilados, desempleados, proyectos.

Sobre el particular, Elina Dabas, en 1993, muestra un abanico de posibilidades de acción comunitario y de organización de la sociedad civil. Dabas relata los movimientos sociales personificados en redes comunitarias que dan solución a demandas sociales específicas. Ejemplo de ello son las mujeres de diferentes barrios del partido de La Matanza, en el conurbado de Buenos Aires, que tenían necesidad de organizarse para el cuidado de sus hijos mientras salían a trabajar y que para tal efecto construyeron una estrategia comunitaria. Sin embargo, ella plantea que en algunas ocasiones las redes comunitarias se gestan alrededor de una institución, sea ésta un hospital, dispensario, iglesia o escuela; como producto de ellas mismas o como respuesta a las insuficientes acciones de su parte.³⁷

Las redes comunitarias son bastante cordiales con el sistema que les permite crecer. Las instituciones gubernamentales –y a veces también las no gubernamentales– no tienen capacidad para solucionar los problemas locales más importantes, y es como las comunidades a través de procesos internos de diagnóstico son capaces de distinguir y discutir cuáles son sus principales necesidades y organizarse para su solución.

En el caso de las redes no familiares muchas veces forman parte de la red comunitaria. Pero éstas van

más allá, ya que establecen la diferencia los niveles de proximidad, confianza e intimidad, la intensidad de la relación y la reciprocidad entre pares.

Otra razón que origina estas redes es su territorialidad y el sentido de comunidad o pertenencia a un grupo específico donde se comparte características semejantes, lo cual es una característica que se relaciona de manera importante con los ancianos. En otras situaciones, es a veces la cercanía geográfica o la vecindad la que también puede propiciar la formación de redes comunitarias.

Es importante distinguir que en ocasiones las redes comunitarias no surgen por autogestión directa, sino por el hecho de verse integradas a ciertos programas de gobierno. Esta cuestión es variable, dependiendo del coordinador del grupo y de las personalidades del colectivo.

En Latinoamérica es posible encontrar redes comunitarias que actúan por sí mismas con el objetivo de gestionar ciertas demandas colectivas, como aquellas organizaciones que nacieron bajo la orientación institucional, pero también se ha llegado a observar que hay organizaciones comunitarias que han superado a las propias instituciones.

En México, el fomento a la organización desde el propio Estado ha sido una práctica ritual que tiene como escenario ciertas formas de control. El corporativismo como forma de actuar en grupo ha sido auspiciado por los partidos políticos, de ahí que no sea fácil la diferenciación entre los grupos comunitarios puros y aquellos con influencia de gobiernos.

Cuando las instituciones no cubren las demandas, por lo general las redes tienden a agotarse y desaparecer. En otros casos la lucha refuerza a las redes comunitarias que se revelan capaces de sobrevivir y con una dinámica independiente a la institucional.

Ante esta realidad es difícil distinguir claramente, la relación entre redes de amigos, vecinos y otros, junto a las redes comunitarias y a las redes formadas desde los gobiernos.

Finalmente y aludiendo a las razones por las cuales se generan las redes comunitarias, en los países en donde hay mayor satisfacción de las demandas, dichas redes son menos frecuentes.

Con respecto al anciano y al género de éstos, se establecen diferentes niveles de relación dentro de las redes comunitarias. Wenger²² señala que mientras para

los hombres adultos mayores la familia es fundamental a través de la esposa y los hijos, para las mujeres en edad avanzada es más probable tener amistades de gran confianza, en contraste con los varones de las mismas generaciones.

La evidencia indica que los tipos de ayuda otorgados en este tipo de redes van desde la información, consejo, apoyo emocional, esporádicamente apoyo en dinero o especie.

En sociedades donde el adulto mayor ya no tiene que trabajar y cuenta con alguna estrategia de sobrevivencia económica, se tiene tiempo para participar en grupos voluntarios. Scott y Wenger²² mencionan que, por regla general, en las zonas rurales las mujeres tienden a participar más en actividades comunitarias que los hombres. Para el caso de México existen organizaciones políticas de adultos mayores cuya población mayoritaria son los varones, mientras que en organizaciones dedicadas al trabajo comunitario, promoción de la salud y actividades recreativas, la participación de las mujeres en edad avanzada sobresale.

Estos mismos autores señalan que los niveles de participación son diferentes entre los adultos mayores de acuerdo con su sector socioeconómico.

Tanto los hombres como las mujeres de clase media suelen participar en grupos voluntarios mixtos. Los hombres de clase trabajadora también cuentan con una tradición de pertenencia a grupos, aunque es probable que esto se acentúe más en las zonas urbanas... Los clubes de ancianos resultan, ante todo, atractivos para las personas de clase trabajadora y suelen asistir a sus reuniones con los amigos.³⁸

Las redes sociales y las instituciones

Ante la insuficiencia de recursos formales e informales para resolver las demandas de la sociedad, Millán³⁹ refiere que algunas redes sociales tienden a crear un puente de apoyo con las instituciones, en especial con las gubernamentales, por lo que reconocer la interacción entre la economía formal e informal permitiría generar nuevas estrategias de acción benéficas para las poblaciones.

Aludiendo a lo anterior, ubica el fortalecimiento del principio de solidaridad —entre las organizaciones o instituciones, independientemente de su índole—, como una necesidad que impera cuando los recursos no logran

resolver las demandas de la población. Y considera que las políticas diferenciales pueden ser factor de igualdad, ya que en este caso las redes sociales pueden generar procesos de inclusión e intercambio recíprocos con los ámbitos más formales.

En México existen múltiples instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales interesadas en apoyar, desde su competencia y perspectiva, la salud y el bienestar de los ancianos. Poco se conoce sobre su relación de las instituciones tanto gubernamentales como las no gubernamentales con las redes de apoyo. La vinculación o fortalecimiento de su participación en dichas redes redundará en beneficio de la salud y del bienestar del adulto mayor. Ejemplos de ellas por mencionar algunas son: la Secretaría de Salud, la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Mexicano de Seguridad Social, el Instituto Nacional de Geriátrica, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, entre muchas más instituciones de servicios de salud, asistenciales, sociales o dedicadas a la formación de recursos humanos y de investigación.

Hay que tomar en cuenta que existen otras organizaciones e instituciones no gubernamentales que también tienen la capacidad de producir solidaridades efectivas en la distribución de recursos y en la generación de políticas de bienestar para los ancianos. Ejemplo de lo anterior es el caso de la Iglesia, la cual desde la Colonia en México ha tenido un papel muy importante en la procuración de servicios específicos para ciertos segmentos de la población; con acciones generadas a través de los dispensarios médicos, pláticas sobre la Biblia, comedores públicos. Y aunque su objetivo no es fortalecer las redes sociales sino agregar adeptos, estas acciones favorecen de manera muy importante los vínculos sociales y pueden ser aprovechados.

Conclusiones

Actualmente el envejecimiento es preocupación de la sociedad y del Estado, es un proceso que atañe a todos, para poder contender con él es necesario el desarrollo y fortalecimiento de las redes sociales como recurso fundamental en la salud y el bienestar del viejo.

Dentro de los determinantes de la salud, las redes sociales son estrategias que adoptan las poblaciones en entornos físicos y sociales determinados, que pueden fortalecer su

cohesión social. Esta temática cobra especial relevancia para modelos de intervención específicos y frente a cambios sociodemográficos, como el envejecimiento de la población.

Las redes sociales conforman mecanismos que procuran aminorar los efectos negativos de contextos en desventaja, que afectan de manera diferencial a grupos de la población.

En el caso de las personas adultas mayores, la atención a los problemas derivados del deterioro en la salud se ve fortalecida en forma complementaria gracias a los sistemas informales que procuran las redes sociales de apoyo. Aunque la población por sí misma cuenta con redes sociales y miembros de una red de interacciones personales, no todas están concentradas a apoyos que busquen disminuir o mejorar las condiciones de enfermedad.

De hecho en México, como en otros países, gran parte del sistema de salud descansa en el papel que tienen las redes sociales de apoyo. Diferentes formas de apoyo son intercambiadas en procesos de relativa reciprocidad, entre generaciones y géneros, entre contextos rurales y urbanos, así como entre países, cuando la migración impacta las dinámicas familiares.

Sabemos que con el proceso de envejecimiento habrá cada vez más personas adultas mayores, que requerirán abastecer demandas materiales como no materiales, lo que será muy difícil abarcar en forma integral por parte de las instituciones gubernamentales: de salud, asistenciales, entre otras.

Es necesario establecer vínculos con la familia, la comunidad, los amigos, las instituciones de servicios sociales y de atención a la salud para hacer frente a los retos de desarrollo humano y social en un contexto de mayor envejecimiento.

Las redes sociales han probado su eficacia coyuntural y de manera constante en situaciones políticas, económicas y de salud que han afectado a las poblaciones. Tanto para eventos momentáneos como de largo alcance.

Ante este contexto, se hace evidente la necesidad de vincular las políticas sociales con los determinantes sociales y económicos en general y, de manera muy enfática, las relacionadas con el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo a la longevidad.

Los intercambios generacionales y la transmisión de conocimientos descansan en redes sociales de apoyo. En gran medida la generación de confianza, las pautas normativas de una comunidad, la resolución de conflictos —entre otros— atraviesan los mecanismos de las redes sociales de apoyo.

En esta lógica las personas adultas mayores representan un elemento sustantivo en la transmisión de costumbres, valores y tradiciones que decantan a las siguientes generaciones, con el objetivo de permanecer en nuestras sociedades; los adultos mayores tienen su valor como parte central en las redes sociales, por lo que debe destacarse como ciudadano con historia productiva, creador de riqueza social y con derecho a vivir con salud y bienestar, y reconfigurar el imaginario que representa la vejez en nuestro país.

Referencias

1. Wilkinson, R. y Marmot, M. (eds.), *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Organización Mundial de la Salud, 29, 2003 [consultado 2012 enero]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>.
2. Marmot, M., *Determinantes de la salud y las desigualdades sociales*. PCACACE, 2008 [consultado 2012 enero]. Disponible en: <http://fundacionaequus.wordpress.com/2008/10/01/253/>.
3. López, O.; Escudero, J. y Carmona, L., Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, 2008; 4: 323-335 [consultado 2012 enero]. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/ddsresumen.pdf>. <http://ww.medicinasocial.info>.
4. Tuirán, R. y Bronfman, M., La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. México, UNAM/El Colegio de México/PISPAL, 1984: 187-219.
5. Behm, H., *Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina*, Celade/NUFFIC, 1992.
6. WHA, *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. 62a Asamblea Mundial de la Salud, Octava Sesión Plenaria: 5, 2009 [consultado 2012 enero]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf.
7. Berger, P., *The limits of social cohesion. Conflict and mediation in pluralist societies*, West view, 1999.
8. Gordon, S. y Millán, R., *Análisis preliminar de la cohesión social. Un estudio comparativo*, México, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 2009.
9. Ferraro, K. F. y Shippee, T. P., Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin?, *The Gerontologist*, 2009, 49 (3): 333-343.
10. Cattell, V., Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital, *Soc Sci Med*, 2001; 52: 1501-1515.
11. Chappel, N., *Social Support and Aging*. Butterworths Perspectives on Individual and Population, Canada, Aging Series, 1992: 104.
12. Maguire, L., *The Interface of Social Workers with Personal Networks*, *Social Work with Groups*, 1980; 3: 39-49.
13. Gottlieb, B. H., *Social Support Strategies: Guidelines for Mental Health Practice*, Newbury Park, CA: Sage Publications, 1993.
14. Requena, S. F. y Ávila, M. A. M., *Redes sociales y sociolingüística*. *Estudios de Sociolingüística*, 2002; 3 (1): 71-90.
15. Lomnitz, L., *Cómo sobreviven los marginados*, México, Siglo XXI, 1975.
16. De la Peña, G., *Presentación: Larissa Adler Lomnitz, antropóloga latinoamericana*, en Lomnitz, L., *Redes sociales, cultura y poder*. *Ensayos de Antropología Latinoamericana*, Flacso-México/Porrúa, 2001: 9-18.
17. Torrado, S., *Clases sociales, familia y comportamiento demográfico: orientaciones metodológicas*. *Demografía y Economía*, 1978, 13.
18. Torrado, S., *Sobre los conceptos de estrategias familiares de vida y de procesos de reproducción de la fuerza de trabajo: notas teórico-metodológicas*. *Demografía y Economía*, 1981, XV2 (46).
19. González de la Rocha, M., *La reciprocidad amenazada: Un costo más de la pobreza urbana*, en Enríquez, R., *Hogar, pobreza y bienestar en México*, México, Centro de Investigación y Formación Social, Iteso, 1999: 13-36.
20. Montes de Oca, Z. V., *Redes comunitarias, género y envejecimiento*, México, Colección Cuadernos de Investigación, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 2003: 161.
21. Rosenblueth, I., *Patrones diferenciales de envejecimiento, salud y enfermedad en diversos sectores sociales urbanos*. *Iztapalapa, Revista de ciencias sociales y humanidades*, 1985, 6 (12-13): 7-38.
22. Scott y Wenger Scott, A. y Wenger, G. C., *Género y redes de apoyo social en la vejez*, en Arber, S. y Ginn, J., *Relación entre género y envejecimiento*. *Enfoque sociológico*. Madrid, Narcea, 1996.
23. Enríquez, R., *Redes Sociales y Envejecimiento en Contextos de Pobreza Urbana*. Documento presentado en la VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica. México: Sociedad Mexicana de Demografía/El Colegio de México, 2000.
24. Arias, C., *Red de apoyo social y bienes psicológicos en personas de edad*. Argentina: Ediciones Suárez, Universidad Nacional de Mar de Plata, 2002: 49-71.

Verónica Montes de Oca
Lilia Macedo de la Concha

25. Krassoievitch, M., Redes Sociales y Vejez. Documento preparado para el VII Symposium Macaria: que hablen los ancianos, México, Universidad de Guadalajara/Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 24-26 de septiembre de 1998.
26. Este autor sugiere agrupar en relaciones sentimentales, normativas y de intercambio.
27. Berkman, L. F., Social Support, Social Networks, social Cohesion and Health, en Behavioral Social Work in Health Care Settings, 2000: 3-15.
28. Berkman, L., Social network, health and aging. Paper presented in Measuring Social Activity and Civic Engagement among Older Americans Federal Interagency Forum on Aging-related Statistics. Gerontological Society of America, 2007.
29. Oddone, M. J., Ancianidad, contextos regionales y redes de intercambio, serie de documentos de trabajo, núm. 27, noviembre de 1991.
30. Montes de Oca, Z. V., Envejecimiento en México: Un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y el bienestar de los adultos mayores. Tesis presentada para obtener el título de doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Población. México: Centro de Estudios Demográficos y sobre Desarrollo Urbano, El Colegio de México, 2001.
31. Hogan, D. P.; Eggebeen, D. J. y Clogg, C. C., The Structure of Intergenerational Exchanges in American Families. American Journal of Sociology 1993; 90 (6): 1428-1458.
32. Hogan, D. P. y Eggebeen, D. J., Sources of Emergency Help and Routine Assistance in Old Age. Social Forces, 1995, 73 (3): 917-936.
33. Rosemberg, S. F., Regionalismo, faccionalismo y redes sociales en una ciudad perdida en la ciudad de México. Tesis en Antropología Social, México: ENAH, 1982.
34. Hareven, T. y Addams, K., La generación de en medio. Comparación de cohortes de ayuda a padres de edad avanzada dentro de una comunidad estadounidense. Des Acatos, Revista de Antropología Social, 1999, 50-71.
35. Roca, M., Redes de apoyo social en el adulto mayor. Informed. Salud Vida, 2003 [consultado 2010 octubre]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5935>.
36. Himes, C. L. y Reidy, E. B., The role of friends in Caregiving. Research on aging, 2000, 22: 315-336.
37. Dabas, E. y Najmanovich, D., Redes: El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil, Argentina, Paidós, 1995.
38. Wilson, G., Yo soy los ojos y ella los brazos: cambios en los roles de género en la vejez avanzada, en Arber, S. y Ginn, J., Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico, Madrid, Narcea, 1996.
39. Millán, R. (comp.), Solidaridad y producción informal de recursos. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, 1994.



La autoeficacia en las actividades cotidianas

Ana Luisa González-Celis Rangel*

Introducción

La mayor longevidad y la declinación de las tasas de nacimiento significan que familias y comunidades estarán constituidas cada vez más por adultos mayores.

En la sociedad, el envejecimiento poblacional se enmarca típicamente como una sangría de la economía, una amenaza al sistema de cuidado de la salud y una carga para las familias. En el plano individual la vejez se considera como una época de pérdidas en todos los ámbitos y muy pocas ganancias.

A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas e invalidez. Si el incremento de la esperanza de vida en una población es debido a las acciones preventivas y actividades de promoción de salud eficaces, con una disminución en la morbilidad evitable temprana, finalmente menos personas enfermas o en riesgo llegarán a la ancianidad.

Pero si estos logros son principalmente causados por una mayor atención médica eficaz sobre serios padecimientos usando adelantos de medicina moderna, las personas llegarán posiblemente más enfermas o en riesgo y con secuelas a la tercera edad, y su esperanza de vida activa no será tan buena.

La salud en los ancianos no puede medirse sólo por la presencia o ausencia de enfermedades. También es necesario valorar el grado de capacidad funcional. De ahí que la independencia y la autonomía para las actividades cotidianas de la vida diaria son los aspectos principales de la salud del adulto mayor.

Por otro lado, su contraparte, la fragilidad en la vejez suele asociarse con discapacidad o deterioro funcional

progresivo que conduce al anciano a una dependencia que aumenta con la edad.

Ante tal panorama, afortunadamente, existen intervenciones basadas en el fortalecimiento de las actividades de la vida diaria con el propósito de mantener la independencia del adulto mayor y frenar el proceso de deterioro funcional físico, psicológico y social. Con lo cual se ofrece al anciano la posibilidad de realizar una revaloración de sus capacidades, es decir, incrementar su autoeficacia y conservar al máximo el cuidado de sí mismo, la productividad y las actividades cotidianas; con el fin de aumentar su independencia, bienestar personal y calidad de vida. Basado en modelos de envejecimiento exitoso, se busca conseguir que los adultos mayores mantengan el control de su propia vida, sean autosuficientes, independientes y autoeficaces.

A partir de la propuesta del equipo de Paul Baltes y Margaret Baltes,¹⁻² el modelo de Selección, Optimización y Compensación (SOC) sostiene que los ancianos que confían en sus potencialidades y ejercen un control sobre lo que aún sí pueden realizar, pese a la pérdida de recursos biológicos, psicológicos y/o sociales, con niveles altos de eficacia personal son más saludables, más optimistas, se enferman menos, y disfrutan más la vida, por lo que la autoeficacia se encontró como una variable que predice el comportamiento saludable en la vejez.

Si se les enseña a los ancianos a utilizar sus capacidades y recursos con los que aún cuentan mejora su funcionamiento, pues aprenden a compensar la disminución en el rendimiento; utilizan para ello

* Doctora en Psicología. Profesora titular en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

estrategias de selección, optimización y compensación, en donde se sustituya lo que ya no son capaces de hacer por lo que aún sí puedan realizar con agrado y satisfacción, con lo cual incrementará su bienestar y calidad de vida.

El propósito del capítulo es proporcionar al lector las bases teóricas del constructo de autoeficacia en actividades cotidianas de la vida diaria, como una estrategia para la reapreciación de las propias capacidades de las personas mayores, usando para ello el modelo de envejecimiento exitoso o saludable; donde se tiene documentado que una autoeficacia elevada predice mayor bienestar y una vida digna y de calidad.

Al final del capítulo se hace una lista de recomendaciones dirigidas a los adultos mayores, su familia, sus cuidadores, a los profesionales de la salud, a la sociedad en general, y a los tomadores de decisión para que se incluyan en la agenda política, con el propósito de garantizar una vida independiente, satisfactoria, autónoma, participativa, activa y saludable para las personas mayores.

Salud y fragilidad en la vejez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como el bienestar físico, mental y social de los individuos y resalta que no sólo es la ausencia de enfermedad. En los adultos mayores la salud es definida por la OMS³ como la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, la cual permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí solo; por lo que la funcionalidad física, mental y social constituye uno de los indicadores objetivos de la salud de las personas mayores.⁴

Así que se considera a los adultos mayores sanos como a “las personas mayores de 60 años sin o con padecimientos crónicos no terminales controlados médicamente, que mantengan una funcionalidad física, mental o social óptimas, acorde con su edad, género, escolaridad y ámbito sociocultural”.⁵

De ahí que la salud del anciano se traduce en la independencia en las actividades cotidianas de la vida diaria. Así, con el debilitamiento de la salud se corre el riesgo de dejar de ser autosuficiente y perder la autonomía, lo que muchos consideran esencial para el bienestar humano.

El envejecimiento es un proceso individual de progresivas modificaciones físicas, sensoriales, funcionales,

psicológicas, sociales y ocupacionales, que generan en el individuo la pérdida de la capacidad de adaptación y de respuesta al medio.

Si al proceso de envejecimiento fisiológico se añade una enfermedad o incapacidad, y además se acompaña de situaciones socioculturales desventajosas, las dificultades para alcanzar un nivel funcional y ocupacional óptimo serán mayores que en otras etapas del ciclo vital. Por lo que se espera que en los adultos mayores se manifieste un lento, pero constante deterioro, tornándose menos y menos capaces de funcionar independientemente.

La funcionalidad es el mejor elemento de pronóstico en personas de edad avanzada debilitadas, su evaluación sería proporciona la forma más útil de monitoreo del estado de salud. Su utilidad se relaciona con la posibilidad de institucionalización, mortalidad, sospecha de patología, diagnóstico poblacional y planificación de acciones rehabilitadoras, hay que marcar límites hasta los que pueden llegar las posibilidades psicofísicas y sociales del individuo.

Se ha denominado anciano frágil a aquel que está en riesgo de desarrollar un estado que requiera cuidados especiales debido a sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales.⁶

En lo referente a la fragilidad, comúnmente asociada con la edad, incluye varias características. Los adultos mayores frágiles son débiles, a menudo tienen muchos problemas médicos complejos, tienen menor habilidad para vivir de forma independiente, pueden tener habilidades mentales reducidas y con frecuencia requieren de ayuda para sus actividades cotidianas (vestirse, comer, ir al baño, movilidad). Para ser considerada frágil, una persona debe tener al menos tres o más características: poca actividad física, debilidad muscular, funcionamiento más lento, fatiga o poca resistencia y pérdida de peso involuntaria. Las personas que son frágiles tienen más propensión a volverse discapacitadas, a ser hospitalizadas y a tener más problemas de salud.

La mayoría de los adultos mayores frágiles son mujeres, en parte porque las mujeres viven más que los hombres, tienen más de 80 años y a menudo reciben cuidados de un hijo o hija adulto. Debido a la rápida tasa de crecimiento de la población de 65 años de edad o mayor, el número de personas mayores frágiles con dependencia funcional aumenta cada año.⁷

Definida la disfuncionalidad a partir de la dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria (AVD), como son continencia urinaria, vestirse, desplazamiento, baño (ducha), uso del sanitario y alimentación. Una encuesta realizada en México a 4,872 personas mayores de 65 años encontró que el 24% resultó dependiente en AVD y 23% en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebro vascular, el deterioro cognoscitivo y la depresión. En donde se afirma que la prevalencia de dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años, asimismo el estudio demuestra cuáles enfermedades crónicas están asociadas con la dependencia.⁸

La mayoría de los autores concuerda en que la fragilidad es un estado asociado con el envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha llamado un estado de homeostenosis. Este estado se traduciría en el individuo en aumento del riesgo de incapacidad, pérdida de la resistencia y mayor vulnerabilidad a eventos adversos, manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.⁹

A pesar de la claridad conceptual de las definiciones anteriores, la dificultad es lo inespecífico de ellas, ya que no se puede ignorar el hecho de que el envejecimiento en sí es un proceso de deterioro también caracterizado por vulnerabilidad aumentada y viabilidad disminuida, que se da en el tiempo y que progresivamente disminuye la reserva fisiológica. Otra característica del envejecimiento es su heterogeneidad, que resulta de interacciones complejas entre los factores genéticos y ambientales, llevando a una variabilidad individual de edad fisiológica que no coincide exactamente con la edad cronológica, y la presencia de comorbilidad y discapacidad.

En la práctica clínica, la debilidad de las personas mayores es frecuentemente descrita por cambios como son discapacidad, presencia de comorbilidades y fragilidad, lo cual hace más vulnerable al adulto mayor y se ve la necesidad de que sea asistido. Generalmente estas tres condiciones se encuentran asociadas.

La discapacidad se denomina como una pérdida paulatina de las habilidades, que es una limitante para el desempeño de las actividades cotidianas. Mientras que la fragilidad se caracteriza por múltiples patologías como son bajo peso, fatiga, dolor muscular, poca energía, disminución de respuesta motora, además

de una lenta reacción cognoscitiva. Esto en conjunto crea un círculo vicioso, y en ocasiones es necesaria la intervención médica e incluso la hospitalización.

Si oportunamente se somete a cuidados y rehabilitación, el adulto mayor es capaz incluso de cuidarse por sí mismo, aunque es recomendable la vigilancia, de esta forma puede continuar con sus actividades cotidianas y vivir un poco de independencia, características que elevan su calidad de vida.¹⁰

Las actividades cotidianas

Las actividades de la vida diaria (AVD) son el foco principal de la medida de la salud y la calidad de vida en las personas mayores.¹¹ En la investigación con éstas, la inclusión de medidas de AVD es casi tan frecuente como las de la edad, el sexo y el estado civil.¹²

Su medida resulta crítica, ya que son un predictor principal de resultados importantes: mortalidad, utilización de servicios sanitarios e institucionalización, incidencia de enfermedades agudas, caídas y lesiones, y deterioro de la capacidad funcional.¹³

La mayoría de los instrumentos de AVD incluyen reactivos de actividades de autocuidados y de movilidad.¹⁴⁻¹⁵ A pesar de su importancia, presentan una seria limitación derivada de su carácter tan básico: la discapacidad en AVD es escasamente prevalente en poblaciones comunitarias, y presenta un efecto de techo en poblaciones clínicas durante el proceso de enfermedad y recuperación de los pacientes.¹⁶ En consecuencia, la investigación gerontológica amplió el espectro de actividades y quedaron incluidas las denominadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).¹⁷⁻¹⁸ Las actividades que incluye la escala de Lawton y Brody son: la capacidad de los adultos mayores para usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, cuidar el hogar, lavar la ropa, usar los medios de transporte y asumir la responsabilidad respecto de la medicación y el manejo de asuntos económicos.¹⁹ La medida de estas últimas plantea nuevos problemas: las variaciones en las actividades componentes y su dependencia del sexo, la cultura y las preferencias personales.¹⁴

Clásicamente, la medida del estado de salud en términos de funcionamiento incluye tres grandes dominios: autocuidados, actividades instrumentales y movilidad.²⁰ La movilidad interior (cambios de las posiciones del cuerpo, deambular dentro de casa) se adscribe comúnmente al dominio de las AVD; y la movilidad exterior, al de las AIVD.²¹

La intervención basada en las actividades de la vida diaria (AVD) se dirige a frenar el proceso de deterioro funcional. El mantenimiento funcional en las actividades cotidianas de la persona mayor previene y disminuye su deterioro físico, psicológico y social. Dicho tratamiento ofrece al anciano la posibilidad de mejorar su autoeficacia, conservar al máximo el cuidado de sí mismo, la productividad y las actividades cotidianas de la vida diaria. La extensión y complejidad de la intervención dependen de la intensidad con la que la enfermedad haya afectado el estilo de vida del anciano y de la presencia de comorbilidades.

En el tratamiento de las AVD ha de tenerse en cuenta que es posible que el anciano esté experimentando dolor, tenga una imagen corporal pobre y se haya visto forzado a abandonar actividades importantes o agradables para él. El equipo multidisciplinario debe considerar entonces el ciclo de actitudes negativas, el dolor, los métodos de afrontamiento pasivos, la depresión, la actividad reducida y el nivel de funcionamiento físico para la planificación del tratamiento global. Es importante saber en qué punto de ese ciclo se encuentra el paciente para enseñarle a comprender el deterioro y sus efectos, adaptarse a ellos y aprender el modo de controlarlos, con el fin de aumentar su independencia, bienestar personal y calidad de vida.

Determinantes del envejecimiento activo y saludable

Existen múltiples definiciones y conceptualizaciones de lo que es envejecer bien, con éxito,^{1,22-23} envejecimiento óptimo,²⁴ envejecimiento productivo,²⁵ envejecimiento activo,²⁶ así como lo que consideran que significa “envejecer bien” desde muy distintas culturas.²⁷

En resumen, el término envejecimiento “saludable” ha de ser considerado reduccionista, por hablar tan sólo de la salud (incluso aunque ello se refiriera a una salud física, mental y social), como sería claramente un error reducirlo a alguno de sus restantes componentes (el funcionamiento cognoscitivo, el bienestar subjetivo, la funcionalidad motora, o la participación social). Si hay una conclusión comúnmente aceptada por parte de los expertos en envejecimiento saludable, con éxito, activo, positivo, óptimo es que este concepto es multidimensional.

Pero, existe otra importante cuestión que conviene dirimir y que emana de la confusión del concepto de

envejecimiento saludable y términos relacionados con sus determinantes. Sin duda, se requieren precisiones conceptuales que permitan la diferenciación, lo más exacta posible, entre qué es envejecer con salud (bien) y qué causa, permite o estimula esa forma de envejecimiento; en otros términos, diferenciar la forma en la que el individuo envejece y cuáles son sus determinantes, o cuál es el *explanans* y cuál es el *explanandum* o, en otras palabras, a qué se llama “envejecimiento saludable” (óptimo, positivo, satisfactorio, activo, productivo) y qué lo explica o lo determina y cuáles son sus factores de riesgo o protectores; finalmente, cómo modificar tanto éstos como aquéllos.

Cuando se utiliza el término “envejecimiento saludable” parece existir un sesgo biomédico. Así, gran parte de los estudios revisados por Peel, McClure y Bartlett²⁸ y Depp y Jeste,²⁹ tanto los criterios definitorios del envejecimiento saludable como sus determinantes, son esencialmente biomédicos. Por ejemplo, es fácilmente constatable que al hablar de factores de riesgo/protectores se sigue mencionando, exclusivamente, la nutrición y el ejercicio físico, sin olvidar la eliminación de hábitos tales como no fumar y no beber en exceso, sin tener en cuenta que, en los últimos veinte años, existe una fuerte evidencia empírica del amplio número de actividades protectoras de la enfermedad y promotoras del envejecimiento saludable: la actividad cognoscitiva, la relación interpersonal, el pensamiento y la actitud positiva, los estilos de manejo del estrés, la resiliencia, la percepción del control y de la autoeficacia para envejecer. Todas estas formas de conducta son condiciones que predicen longevidad y envejecimiento saludable.

Asimismo, la multidisciplinariedad abarca condiciones no sólo individuales sino culturales; por ejemplo, una amenaza para el envejecimiento saludable son estereotipos sociales del propio grupo, de los cuidadores y los profesionales que producen discriminación y edadismo, y, se convierten en profecías que se autocumplen.

Se tiene documentado que si el entorno es hostil para el adulto mayor en cuanto a reducir la confianza en las capacidades del anciano, la probabilidad de que el anciano adquiera confianza en sí mismo para llevar a cabo alguna actividad también se verá reducida.³⁰

La sensación de control que posee la persona en relación con los acontecimientos que tienen lugar en su vida es decisiva en el funcionamiento psicológico. Muchas investigaciones en sociología y psicología han

demostrado que los sentimientos de control personal contribuyen a más bienestar personal y mejor calidad de vida.³¹ Las creencias de control personal representan un elemento clave en el comportamiento humano a lo largo de todo el ciclo vital. Desde la infancia hasta la vejez, las diferencias individuales en control percibido se han relacionado con una variedad de resultados positivos, tales como salud, optimismo, motivación, persistencia y ajuste en diferentes dominios vitales.³²

Smith, Cho Tang y Nutbeam³³ presentan una actualización del glosario de promoción de la salud de la OMS, en donde la autoeficacia percibida se define como “las creencias de los individuos en relación con sus capacidades para llevar a cabo una acción de manera que influya en los eventos que afectan sus vidas” (p. 343). Retomando a Bandura, estos autores afirman que la autoeficacia determina cómo las personas sienten, piensan, se motivan y se comportan.

La autoeficacia como predictor del comportamiento

La autoeficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje. Este concepto ha sido estudiado como un importante predictor de múltiples conductas.³⁴ De hecho, frente a lo difícil que puede ser el motivar la adopción de conductas que promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia.³⁵

El constructo de autoeficacia, que fue introducido por Bandura en 1977, representa un aspecto nuclear de la teoría social cognoscitiva.³⁵⁻³⁶ De acuerdo con esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.³⁷

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación; así por ejemplo, las personas con alta

autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, proponiéndose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que quienes tienen menor autoeficacia.³⁵

El constructo “percepción de control” ha suscitado mucho interés entre los investigadores,³⁸ que se han centrado, principalmente, en las condiciones que influyen en su desarrollo y en las medidas que pueden llevar a incrementar los sentimientos subjetivos de control. Junto a él, han aparecido otros estrechamente vinculados, entre los que figura la autoeficacia.

La autoeficacia es la confianza de una persona en su habilidad para llevar a cabo un determinado comportamiento con éxito.³⁹ Todas las personas tienen creencias sobre su eficacia personal para realizar determinados comportamientos. Estas creencias tienen diversos efectos en el funcionamiento psicosocial, ya que influyen en el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar. Por ejemplo, afectan directamente a las actividades y los ambientes que se eligen. Por ello se tiende a seleccionar tareas y contextos en los que las personas se consideran más hábiles y rechazan aquéllas en las que se consideran incapaces.

Así, la autoeficacia ha sido aplicada a conductas tan diversas en distintos dominios de salud como: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud. Se ha encontrado que un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognoscitivo en distintos contextos, lo cual ocurre también para las personas mayores.⁴⁰

En relación con las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de éstos.⁴⁰ Además, los estudios indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidades de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia.⁴⁰

La autoeficacia se refiere a la creencia en las propias capacidades para llevar a cabo con éxito las acciones que se requieren para alcanzar un determinado logro. Por

lo que a las personas con un alto grado de autoeficacia en relación con la edad, les va mejor porque establecen para sí mismas metas más desafiantes y persistentes ante los fracasos y contrariedades.⁴¹

En el campo de la salud, la autoeficacia surge como un mediador entre las expectativas culturales y los resultados individuales. La percepción de eficacia física parece influir en el bienestar psicológico de los adultos mayores más que la declinación objetiva en el estado físico.⁴² Mientras que una alta autoeficacia puede amortiguar declinaciones funcionales relacionadas con la edad, una autoeficacia baja generaría niveles disminuidos de funcionamiento cotidiano, debido a la no utilización efectiva de las propias habilidades por parte de los adultos mayores.

Por ejemplo, manteniendo bajo control el grado de deterioro, Zautra y sus colegas⁴³ encontraron que si la eficacia personal disminuía, con mayor probabilidad adultos mayores con discapacidades físicas aumentaban su dependencia por discapacidad.

El ejercicio y un estilo de vida saludable pueden contribuir a mejorar el funcionamiento, no sólo mediante un aumento objetivo de las habilidades, sino también por la experiencia de dominio y los consiguientes aumentos de la autoeficacia en relación con el estado físico.⁴⁴ Sin embargo, expectativas pesimistas y baja autoeficacia pueden impedir a los adultos mayores introducir prioritariamente cambios en su estilo de vida.⁴⁵ En efecto, se sugiere que muchas declinaciones en la fortaleza física asociadas con la edad avanzada realmente se deben a un estilo de vida sedentario.³⁵

Según la teoría e investigación, la autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo.⁴⁶ Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (auto-estimulantes o auto-desvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas. Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general.³⁵

A medida que avanza la edad, la persona pierde recursos y roles y tiene que hacer frente a cambios importantes en diferentes dominios de su vida. Todo ello hace que tenga que reevaluar constantemente sus propias capacidades,

lo que constituye un proceso necesario y saludable. Pero percibirse como ineficaz hace a la persona mayor más vulnerable al estrés y a la depresión.⁴⁷ Por eso es importante destacar la relevancia de la percepción de control en la adaptación y mantenimiento del bienestar durante el envejecimiento.

Una variable estrechamente vinculada con la percepción de control es la autoeficacia de afrontamiento ante problemas. Ésta se refiere a la valoración subjetiva de la persona sobre su habilidad para afrontar las situaciones estresantes con éxito.⁴⁸ Las personas con alto nivel de autoeficacia de afrontamiento tienden a aproximarse activamente al problema con el fin de cambiarlo y enfrentar con mayor probabilidad de éxito las situaciones amenazantes. Por el contrario, las personas con escasa autoeficacia en el manejo de los problemas son menos activas, tienden a evitar las situaciones problema y son más vulnerables a la depresión.⁴⁹

La superación adecuada de los problemas en la vejez contribuye a formar un sentido de autoeficacia fuerte que, a su vez, facilita un control interno y una planificación de los sucesos e incide en las emociones, el esfuerzo y la persistencia en la consecución de las metas.⁵⁰ Puede ser, por tanto, un recurso que ayude a las personas mayores a manejar con éxito los problemas asociados con el envejecimiento y que lleve a un mayor bienestar físico y mental. Como muestra de ello están las personas mayores que, con escasa autoeficacia, tienden a rendirse con más facilidad y su calidad de vida es peor; y aquellas que, con similar grado de discapacidad pero con alta autoeficacia, logran los resultados deseados en su afrontamiento de los estresores, lo que les genera un mayor bienestar.⁵¹ Este recurso puede considerarse un “factor de resistencia”, como parte integral del envejecimiento exitoso.

Aunque diferentes investigaciones han indicado que la autoeficacia presenta variaciones en una misma persona en diversas áreas y contextos, de tal modo que una persona puede percibirse con un nivel alto de autoeficacia en un determinado dominio como la salud, o el funcionamiento social; sin embargo, al mismo tiempo puede sentir que en otras áreas de su vida no cuenta con un suficiente nivel de autoeficacia, por ejemplo el trabajo o empleo, que no está bajo su control, sino está determinado por el entorno.⁵³

En un estudio con 400 personas mayores de 75 a 104 años de edad, se midió el nivel de autoeficacia para

afrontar los problemas presentes y futuros⁵³ y se encontró que las personas muy mayores de este estudio perciben igualmente eficaz su manejo de problemas familiares, de dificultades cotidianas y de problemas de salud. Esto podría ser indicativo de que la percepción de autoeficacia de afrontamiento en la vejez avanzada es uniforme. Una posible explicación para este resultado proviene de la idea de que las personas muy mayores tienen niveles altos de autoeficacia para afrontar con éxito problemas en los que han conseguido más experiencia a lo largo de su vida, como los problemas de salud, los problemas familiares y las dificultades cotidianas, que son sucesos vitales muy representativos y muy frecuentes en esta población.⁵⁴

Asimismo, la percepción de autoeficacia en el manejo de problemas futuros predice positivamente la satisfacción con la vida en la vejez avanzada, de tal modo que cuanto mayor es la percepción de capacidad para afrontar las posibles dificultades futuras, mayor será la satisfacción en la vejez avanzada.

Por otra parte, de los resultados obtenidos en el trabajo de Navarro y cols.,⁵³ se desprende que: en la vejez avanzada creer en la propia habilidad para afrontar los problemas que puedan surgir modula la satisfacción vital, y esto puede deberse al papel protector de la autoeficacia frente al estrés que acompaña a las diferentes pérdidas asociadas con esta etapa de la vida.⁵⁵ Las personas muy mayores que se ven a sí mismas afrontando exitosamente problemas futuros se perciben más satisfechas, a pesar de los cambios negativos que aparecen tanto en ellas como en las personas próximas.⁵⁶

Revaloración de la autoeficacia en la vejez

La autoeficacia en ancianos se centra en la revaloración y reapreciación de sus propias capacidades. Las concepciones biológicas del envejecimiento se basan en gran medida en la disminución de la capacidad de las personas conforme se van haciendo mayores. Muchas de las capacidades físicas se ven disminuidas a medida que las personas envejecen, por lo tanto, requieren nuevas evaluaciones de la autoeficacia de las actividades en las que las funciones biológicas se han visto significativamente afectadas. Sin embargo, los avances en el conocimiento, habilidades y experiencia compensan las pérdidas en la capacidad de reserva física.

Cuando a los ancianos se les enseña a utilizar sus capacidades intelectuales mejora su funcionamiento cog-

nositivo; ellos aprenden a compensar la disminución en el rendimiento promedio utilizando para ello estrategias de selección, optimización y compensación, de acuerdo con el modelo de Selección-Optimización-Compensación (SOC) de Baltes y Baltes.¹ Esto se logra debido a que la gente rara vez explota su potencial completo, así las personas de edad avanzada emplean su capacidad de reserva y optimizan sus habilidades de tal forma que pueden funcionar bien.

Con el avance de la edad se dice que se produce una pérdida en la ejecución de las funciones biológicas, psicológicas y sociales, por lo que la gente mayor habrá de realizar una reapreciación de sus propias capacidades, en la que la autoeficacia en personas mayores se centra en la buena o mala apreciación que tienen sobre sus capacidades.

¿Por qué los sentimientos de eficacia se mantienen ante las pérdidas propias de la edad?, la respuesta es para conservar su sensación de control, las personas cambian con flexibilidad sus prioridades y reducen la amplitud de sus objetivos. Algunas personas, por el placer que les proporciona sobresalir en aquello que aún son capaces de hacer, continúan siendo modelos de un envejecimiento óptimo, incluso cuando padecen las limitaciones graves que les impone la vejez.

Según P. Baltes,⁵⁷ en todos los períodos de la vida se dan pérdidas y ganancias psicológicas; pero es en la vejez cuando las pérdidas se descompensan y superan significativamente a las ganancias. Así, por ejemplo, los apoyos sociales no compensan suficientemente el deterioro que se observa en la estructura biológica, más las crecientes pérdidas en la funcionalidad conductual.⁵⁸

Uno de los modelos conceptuales más útiles para describir los procesos relacionados con un envejecimiento óptimo es el modelo de Selección-Optimización-Compensación (SOC) propuesto por Paul B. Baltes y Margaret M. Baltes,¹⁻² el cual describe un proceso general de adaptación en la vejez, en donde se da un intercambio dinámico de ganancias y pérdidas que ocurren a lo largo de la vida, pero que cobra especial relevancia en el envejecimiento, ya que en esta etapa de la vida se produce mayor proporción de pérdidas que ganancias.

Baltes y colaboradores exponen con detalle las estrategias que se pueden emplear para afrontar el estrés de la vida cotidiana, sobre todo a medida que se avanza en edad y ocurren numerosas pérdidas.⁵⁹

Cuando las personas mayores se dan cuenta de que pierden capacidades, dice Paul Baltes,⁵⁷ siguiendo el

modelo SOC, automáticamente se limitan a las actividades que consideran más importantes (Selección), porque haciendo menos lo pueden hacer con la misma eficacia. Dado que seguir haciendo las cosas igual de bien requiere más esfuerzo, se emplean más a fondo en todas las áreas fundamentales de la vida (Optimización). Y cuando las pérdidas se hacen extremas, se apoyan mucho más en las ayudas externas (Compensación) para que realicen las funciones que se han perdido.

Un estudio de Freund y Baltes⁶⁰ sobre el uso de estrategias, según el modelo SOC, reporta cómo aquellas personas que utilizaban dichas estrategias muestran niveles superiores de funcionamiento en indicadores subjetivos de funcionamiento óptimo, como son la satisfacción con el propio envejecimiento, las emociones positivas y la ausencia de soledad.

Una serie de estudios empíricos⁶¹⁻⁶⁴ muestra que el uso de las estrategias basadas en el modelo SOC está asociado con niveles superiores de indicadores subjetivos de desarrollo con éxito, como: bienestar subjetivo, experiencia emocional subjetiva, soledad y satisfacción con el envejecimiento. El modelo de correlaciones es estable a lo largo de la edad adulta, la vejez y también en los muy mayores, y se mantiene firme al controlar otras variables de personalidad y motivacionales.

Los adultos que reportaron desarrollar un conjunto claro de objetivos, establecer una jerarquía de objetivos y centrarse en sus objetivos más importantes (con lo cual emplearon la selección); asimismo los que declararon dedicar más tiempo, esfuerzo y otros medios necesarios y relevantes para alcanzar los objetivos previamente seleccionados (empleando para ello la optimización); y los que reportaron usar estrategias compensatorias para mantener el funcionamiento al enfrentarse con pérdidas o disminución en los recursos (compensación) mostraron niveles superiores de éxito subjetivo en su desarrollo.⁶⁵

Asimismo, Jopp y Smith⁶⁶ han evidenciado que el empleo de estrategias basadas en el modelo SOC, particularmente en personas muy mayores, frenan los efectos negativos de la limitación de los recursos. En otros estudios longitudinales,⁶⁷⁻⁶⁸ al compararse los resultados de adultos mayores ricos y pobres, el uso de las estrategias del modelo SOC ejerce un efecto protector frente al declive de los recursos en la vejez. La investigación demuestra que la selección, optimización y compensación están ligadas al envejecimiento con éxito, valorado según indicadores del bienestar subjetivo, y que

el peso relativo de la optimización y la compensación cambia al declinar los recursos.

Por lo tanto, cuando los individuos emplean estrategias de organización, que de acuerdo con el modelo SOC son aplicadas para enfrentarse al proceso de envejecimiento, pueden ser claros índices de un buen envejecer si son adecuadas.⁶⁰

Al afectar el nivel de participación en las actividades, la autoeficacia percibida puede contribuir al mantenimiento del funcionamiento social, físico e intelectual durante la vida adulta del adulto mayor.

Existe una gran variabilidad en los dominios del comportamiento y los niveles educativos y socioeconómicos, y no hay disminución uniforme en las creencias de eficacia personal en la vejez.

Aquellos ancianos que miden sus capacidades en comparación con personas de su edad tienen menos probabilidades de verse a sí mismos con una disminución en las capacidades de las cohortes más jóvenes, que si se utilizan en la comparativa de autoevaluación. Un sentido de la disminución de la autoeficacia, que a menudo puede surgir más por falta de uso y la negativa de las expectativas culturales de la edad biológica, puede poner en marcha los procesos que dan como resultado la disminución en el funcionamiento cognoscitivo y conductual. Las personas que se caracterizan por la incertidumbre acerca de su eficacia personal, no sólo reducen el alcance de sus actividades, sino socavan sus esfuerzos en las que emprenden. El resultado es una pérdida progresiva de interés y habilidad.

Grandes cambios en la vida social en los últimos años de la vida de una persona mayor son consecuencia de la jubilación y la pérdida de amigos o cónyuges. Tales demandas dan lugar a cambios en las habilidades interpersonales para cultivar nuevas relaciones sociales que pueden contribuir a un funcionamiento positivo y al bienestar personal. La ineficacia social percibida surge cuando los adultos mayores se imponen limitaciones socioculturales en el cultivo y mantenimiento de nuevas interacciones sociales, la cual aumenta la vulnerabilidad de una persona mayor al estrés y la depresión, tanto directa como indirectamente, al impedir el desarrollo de apoyos sociales que sirvan como un amortiguador frente a las presiones de la vida.

La mayoría de la gente mayor sufre la pérdida de recursos, las funciones productivas, el acceso a las oportunidades y actividades desafiantes. Hay entornos

monótonos que requieren poco juicio independiente, disminuyen el nivel de funcionamiento, lo que un desafío intelectual pudiera ayudar a mejorar. Algunos de los descensos en el funcionamiento son el resultado de años de despojo sociocultural y del apoyo ambiental para ello. Se requiere de un fuerte sentido de eficacia personal para remodelar y mantener una vida productiva en las culturas que no otorgan a sus mayores roles de poder. En las sociedades que hacen hincapié en el potencial para el desarrollo personal durante toda la vida, en lugar de disminución psicofísica con el envejecimiento, los ancianos tienden a llevar una vida productiva y útil.

La ineficacia percibida cognoscitiva se acompaña de bajos logros intelectuales, así, las personas mayores tienden a juzgar los cambios en sus capacidades intelectuales en gran medida en función de su rendimiento de la memoria. Aquellos ancianos que consideran la memoria como una capacidad biológica, la cual va reduciendo con el avance de la edad, tienen una percepción baja en sus capacidades de memoria y realizan poco esfuerzo para recordar las cosas. Por otro lado, los adultos mayores que tienen un más sentido de la eficacia de la memoria ejercen un mayor esfuerzo cognoscitivo para ayudar a su recuperación y, en consecuencia, lograr una mejor memoria.

Si se tienen en cuenta todos estos hallazgos, el estudio de las creencias de autoeficacia en la vejez es un tema relevante que merece ser trabajado por su función protectora de la satisfacción vital a pesar de las pérdidas asociadas con el envejecimiento.

Conclusiones

La OMS en 1984 estableció como un “estado aceptable de salud para el adulto mayor la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permita de una forma dinámica realizar sus actividades de la vida diaria”. De ahí que la independencia y la autonomía para las actividades cotidianas de la vida diaria son los aspectos principales de la salud del adulto mayor.

Con el paso del tiempo, conforme la persona avanza en edad, existe una pérdida de recursos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que tiene que hacer frente a cambios importantes en diferentes dominios de su vida. Todo ello hace que sea importante reevaluar sus propias capacidades, lo que constituye un proceso deseable y saludable.

La autoeficacia en ancianos se centra en la revaloración y reapreciación de sus propias capacidades, asimismo se tiene documentado que la autoeficacia puede considerarse como un factor protector ante la disminución de la capacidad de las personas.

Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general.

Mediante programas psicoeducativos se puede animar a las personas mayores a que confíen en sus capacidades para controlar los acontecimientos, así, persistirán y serán efectivas en diferentes situaciones.

Si se mejora su capacidad de toma de decisiones, se les enseña a desarrollar estrategias de afrontamiento, con lo cual se promueve su salud física y mental, se potencializan sus habilidades sociales, y se estará trabajando para aumentar sus sentimientos de eficacia y competencia personal, algo esencial para el mantenimiento del bienestar en la vejez.

La intervención basada en el fortalecimiento de las actividades de la vida diaria se dirige a frenar el proceso de deterioro funcional. El mantenimiento funcional en las actividades cotidianas de la persona mayor previene y disminuye su deterioro físico, psicológico y social.

Dicho tratamiento ofrece al anciano la posibilidad de mejorar su autoeficacia, conservar al máximo el cuidado de sí mismo, la productividad y las actividades cotidianas de la vida diaria, y con ello una vida independiente, mayor bienestar y mejor calidad de vida con dignidad.

Recomendaciones para promover la independencia y autoeficacia de los adultos mayores

- a. Generar una cultura de revalorización del adulto mayor. Insistir en la población del papel aún importante que tiene el adulto mayor en la sociedad, para lo cual hay que otorgar el poder a los ancianos, lograr el empoderamiento en las personas mayores, donde los individuos puedan alcanzar un mayor control de su vida, ser más independientes, más competentes y cuidar de sí mismos.
- b. Ofrecer oportunidades para que los adultos mayores puedan realizar actividades placenteras

- y productivas, ser más activos, que no necesariamente está relacionado con un trabajo remunerado.
- c. Abrir y recuperar centros de recreación para desarrollar actividades culturales, deportivas, educativas, religiosas, políticas, según los intereses, cultura, nivel económico, género, escolaridad y necesidades de la población adulta mayor.
 - d. Promover un nivel de participación del adulto mayor en sus comunidades y organizaciones, públicas y privadas, para lo cual las personas mayores deben ser incluidas en la toma de decisiones de las acciones dirigidas a la población.
 - e. Buscar que la información sea accesible y comprensible para toda la población anciana, a través de distintos medios de comunicación, con el propósito de que tenga acceso a los servicios educativos, de salud, sociales, y asistenciales, para con ello ejercer el derecho que tiene al uso de la disponibilidad de recursos físicos, materiales, económicos y humanos.
 - f. Incorporar en la formación de personal en todas las áreas (de salud, educativa, laboral, social, etc.) y en todos los niveles (técnicos y profesionales) capacitación y un entrenamiento adecuado para el manejo del adulto mayor, desde una perspectiva positiva de la vejez, no sólo como una etapa de la vida con pérdidas, sino también con ganancias.
 - g. Diseñar entornos funcionales, espacios físicos adaptados para las personas mayores, en donde se tenga previsto que requieran del uso de bastones, andaderas, sillas de ruedas, o algún otro dispositivo, por lo que la arquitectura de los espacios se diseñará para ofrecer oportunidad a los mayores para acceder y movilidad dentro de los espacios, que sean seguros, limpios, confortables, con iluminación adecuada, bien ventilados, libre de tóxicos.
 - h. Fomentar la creación de equipos multi e interdisciplinarios, donde participe el equipo de salud (médico, enfermera, geriatra, gericultor, odontólogo, psicólogo, terapeutas, etc.), y de otras disciplinas (educadores, trabajadores sociales, abogados, arquitectos, biólogos, comunicólogos, administradores, tanatólogos, religiosos, etc.), para el trabajo con adultos mayores.
 - i. Implementar programas de intervención psicoeducativos dirigidos a las personas mayores, a su familia, y a sus cuidadores, para fomentar y fortalecer su autoeficacia, independencia, autonomía, lograr su bienestar y mejorar su calidad de vida, tanto de las personas mayores como de su entorno.
 - j. Prevenir la discapacidad en la adultez mayor, para lo cual se debe trabajar en etapas tempranas en la promoción de estilos de vida saludable para que las personas lleguen a su vejez en las mejores condiciones físicas, mentales y sociales y puedan disfrutar de una vejez exitosa, activa y saludable.
 - k. Fomentar el intercambio intergeneracional, donde los grupos que pertenecen a otras etapas de ciclo vital, especialmente los niños y jóvenes, se beneficien y compartan de la experiencia de los adultos mayores.
 - l. Fortalecer el apoyo a través de redes sociales en solidaridad a la población de adultos mayores.
 - m. Enriquecer y generar un ambiente en el que el adulto mayor pueda desarrollar sus habilidades, de acuerdo con sus capacidades, gustos, necesidades, preferencias y recursos; ya sea a nivel familiar, comunitario, o institucional.
 - n. Promover mediante la educación formal e informal el cuidado, atención y protección al adulto mayor, con respeto, garantizando y dignificando una vida de calidad para las personas mayores, integrando y haciendo partícipes a los mayores dentro de la familia, comunidad y sociedad.
 - o. Fortalecer la autoeficacia y reapreciar las capacidades de las personas mayores, mediante las oportunidades que puedan ofrecerse para que realicen sus actividades cotidianas, desarrollen sus habilidades y competencias, sean más independientes, aprendan a cuidarse de sí mismos, sean más activos y saludables.

Referencias

1. Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
2. Baltes, P. B. y Baltes, M. M., Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation, en Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990: 1-34.
3. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos, Ginebra, OMS, Serie de Informes Técnicos núm. 706, 1984.
4. Arronte-Rosales, A.; Beltrán-Castillo, N.; Correa-Muñoz, E.; Martínez-Maldonado, M. L.; Mendoza-Núñez, V. M. y Rosado-Pérez, J., *et al.*, Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad, 2ª ed, México, PAPIME, UNAM/Conacyt/Instituto para la Atención de los Adultos Mayores, 2008.
5. Sánchez-Rodríguez, M. A. y Mendoza-Núñez, V. M., *Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes*. México: PAPIIT/UNAM, FES Zaragoza, 2003.
6. Cyrus-Barker, E., *Funcionalidad, Fragilidad del AAMM*, 2009. Disponible en: <http://geriatriatfusp.blogspot.com/2009/05/funcionalidad-fragilidad-del-adulto.html>.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI, 2005 [consultado 2011 diciembre 13]. Disponible en: www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/abrepdf.asp?upc=702825001083
8. Barrantes-Monge, M.; García-Mayo, E. J.; Gutiérrez-Robledo, L. M. y Miguel-Jaimes, A., Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos, *Salud Pùb. Méx.*, 2007, 49 (Supl. 4).
9. Carrasco, M., *Fragilidad: Un síndrome geriátrico en evolución*. Departamento de Medicina Interna. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2006. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/deptos/programageriatria/Fragilidad.html>.
10. Garza-Muñoz, G., *Fragilidad en los ancianos: disminución en su calidad de vida e independencia* [consultado 2008 agosto 20]. Disponible en: <http://envejecimiento-saludable.blogspot.com/2008/08/fragilidad-en-los-ancianos-disminucin.html>.
11. Spector, W. D. y Fleishman, J. A., Combining activities of daily living with instrumental activities of daily living to measure functional disability, *J. Gerontol B Psychol. Sci. Soc. Sci.* 1998, 53: S46-S57.
12. Rodgers, W. y Miller, B. A., comparative analysis of ADL questions in surveys of older people, *Journal Gerontology B. Psychology Science Social*, 1997, 52: 21-36.
13. Guralnik, J. M.; Fried, L. P. y Salive, M. E., Disability as a public health outcome in the aging population, *Annu Rev Public Health*, 1996, 17: 25-46.
14. Avlund, K., Methodological challenges in measurements of functional ability in gerontological research. A review. *Aging (Milano)*, 1997, 9: 164-174.
15. Wiener, J. M.; Hanley, R. J.; Clark, R. y Van-Nstrand, J. F., Measuring the activities of daily living: comparisons across national surveys. *Journal of Gerontology*, 1990, 45: S229-237.
16. Coster, W. J.; Haley, S. M.; Andres, P. L.; Ludlow, L. H.; Bond, T. L. Y. y Ni, P., Refining the conceptual basis for rehabilitation outcome measurement, *Medical Care*, 2004, 42 (Suppl. 1): 162-172.
17. Lawton, M. P. y Brody, E. M., Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living, *Gerontologist*, 1969, 9: 179-186.
18. Trigás-Ferrín, M.; Escala de Lawton y Brody (Philadelphia Geriatric Center). *Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)*, 1993. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/ESCALADE-LAWTONYBRODY.pdf>.
19. Acosta, Q. C. O. y González-Celis, R. A. L., Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales, *Revista Psicología y Salud*, 2009, 19 (2): 289-293.
20. Katz, S., Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of American Geriatric Society*, 1983, 31: 721-727.
21. Cabañero-Martínez, M. J.; Cabrero-García, J.; Richart-Martínez, M. y Muñoz-Mendoza, C. L., Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2008, 43 (5): 271-283.
22. Fries, J. F., *Aging Well*. Reading, M. A., Addison-Wesley Publications, 1989.
23. Rowe, J. W. y Khan, R. L., Human aging: usual and successful. *Science*, 1987, 237: 143-149.

24. Bond, L.; Culter, S. y Grams, A. (eds.), Promoting successful and productive aging, Newbury Park, CA, Sage Publication, 1995.
25. Aldwin, C. M. y Gilmer, D. F. (eds.), Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychosocial Perspectives, Thousand Oaks, CA, Sage, 2006.
26. World Health Organization, Active Aging. A Policy Framework, Ginebra, WHO, 2002.
27. Fernández-Ballesteros, R.; García, L. F.; Abarca, D.; Blanc, E.; Efklides, A.; Moraitou, D., *et al.*, Lay Concept of Aging Well: Cross-Cultural Comparisons. Journal of the American Geriatric Society, 2008, 56: 950-952.
28. Peel, N. M.; McClure, R. J. y Bartlett, H. P., Behavioral determinants of health ageing. American Journal of Preventive Medicine, 2005, 28: 298-304.
29. Depp, C. A. y Jeste, D. V., Definitions and predictors of successful ageing: a comprehensive review of larger quantitative studies, American Journal of Geriatric Psychiatry, 2006, 14: 6-20.
30. González-Celis, R. A. L., Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en ancianos mexicanos, en González-Celis, R. A. L. (coord.), Evaluación en Psicogerontología, México, Manual Moderno, 2009: 47-74.
31. Abeles, R., Sense of control, quality of life, and frail older people, en Birren, J.; Rowe, J. y Deutschman, D. (eds.), The concept and measure of quality of life in the frail elderly, San Diego, Academic Press, 1991: 297-314.
32. Welch, D. C. y West, R. L., Self-efficacy and mastery: Its application to issues of environmental control, cognition, and aging, Development Review, 1995; 15: 150-171.
33. Smith, B.; Cho Tang, K. y Nutbeam, D., WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health promotion International, 2006; 21 (4): 340-345. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
34. Kear, M., Concept Analysis of Self-Efficacy. Graduate Research in Nursing, 2000. Disponible en: [http:// graduateresearch.com/Kear.htm](http://graduateresearch.com/Kear.htm).
35. Bandura, A., Self-efficacy. The Exercise of Control. Nueva York, W. H. Freeman and Company, 1997.
36. Bandura, A., Self-efficacy mechanism in human agency, American Psychologist, 1982; 37: 122-147.
37. Bandura, A., Self-Efficacy in changing societies. Nueva York, Cambridge University Press, 1995.
38. Cohen, J., Perceived control, reinforcement, satisfaction, and depression in community elderly, Journal of Applied Gerontology, 1990; 9: 492-503.
39. Bandura, A., Social foundation of thought and action: a social cognitive theory, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1986.
40. Grembowski, D.; Patrick, D.; Diehr, P.; Durham, M.; Beresford, S.; Kay, E. y Hecht, J., Self-efficacy and behavior among older adults, Journal of Health and Social Behavior, 1993, 34: 89-104.
41. Bandura, A., Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, Psychological Review, 1977, 84: 191-215.
42. Davis-Berman, Physical self-efficacy, perceived physical status, and depressive symptomatology in older adults, The Journal of Psychology, 1989, 124: 207-215.
43. Zautra, A. J.; Reich, J. W. y Newsom, J. T., Autonomy and sense of control among older adults: An examination of their effects on mental health, en Bond, L., Culter, S. y Grams, A. (eds.), Promoting successful and productive aging, Newbury Park, CA, Sage, 1995.
44. Weinberg, R. S., Relationship between self-efficacy and cognitive strategies in enhancing endurance performance. International Journal of Sport Psychology, 1986, 17: 280-292.
45. McAuley, E.; Lox, C. y Duncan, T. E., Long-term maintenance of exercise, self-efficacy, and physiological change in older adults, Journal of Gerontology, 1993, 48: 218-224.
46. Bandura, A. (ed.), Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1999.
47. Pearlin, L. I. y Skaff, M. M., Stressors in adaptation in late life, en Gatz, M. (ed.), Emerging issues in mental health and aging, Washington, American Psychological Association, 1995.
48. Schwarzer, R. y Renner, B., Social-cognitive predictors of health behaviour: Action self-efficacy and coping self-efficacy, Health Psychological, 2000; 19: 487-495.
49. Slangen-de Kort, Y. A. W.; Midden, C. J. H. y Van Wagenberg, F., Predictors of the adaptive problem

- solving of older persons in their homes, *Journal of Environmental Psychology*, 1998; 18: 187-197.
50. Schunk, D. H., Self-regulation of self-efficacy and attributions in academia settings, en Schunk, D. H. y Zimmerman, B. J. (eds.), *Self-regulation of learning and performance: issues and educational applications*, Hillsdale, Erlbaum, 1994: 75-99.
 51. Artístico, D.; Cervone, D. y Pezzuti, L., Perceived self-efficacy and everyday problem solving among young and older adults, *Psychological Aging*, 2003, 18: 68-79.
 52. González-Celis, R. A. L., Estilos de afrontar el estrés en la vejez, en Galán-Cuevas, S. y Camacho-Gutiérrez, E. J. F. (coords.), *Estrés y Salud: Investigación y Aplicaciones*, México, Manual Moderno/ Universidad Autónoma de San Luis Potosí (en prensa).
 53. Smits, C. H. M.; Degg, D. J. H. y Bosscher, R. J. B., Well-being and control in older persons: the prediction of well-being from control measures, *Journal of Aging Human Development*, 1995, 40: 237-251.
 54. Navarro, A. B.; Bueno, B., Buz, J. y Mayoral, P., Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2006, 41 (4): 222-227.
 55. González-Celis, R. A. L. y Padilla, F. A., Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México, *Universitas Psychologica*, 2006, 5 (3): 501-509.
 56. Berry, J. M. y West, R. L., Cognitive self-efficacy in relation to personal mastery and goal setting across the life span, *International Journal Behaviour Development*, 1993, 16: 351-379.
 57. Baltes, P. B., On the incomplete architecture of human ontogenesis: Selection, Optimization and Compensation as foundations of the developmental theory, *American Psychologist*, 1997, 52: 366-381.
 58. Baltes, P. B. y Smith, J., Multilevel and systemic analyses of old age: theoretical and empirical evidence for a fourth age, en Bengtson, V. L. y Schaie, K. W. (eds.), *Handbook of theories of aging*, Nueva York, Springer Publishing, 1999: 153-173.
 59. Marsiske, M.; Lang, F. B.; Baltes, P. B. y Baltes, M. M., Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development, en Dixon, R. A. y Backman, L. (eds.), *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains*. Mahwah, N. J., Erlbaum, 1995: 35-79.
 60. Freund, A. y Baltes, P. B., Selection, optimization and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging, *Psychology and Aging*, 1998, 13: 531-543.
 61. Baltes, P. B. y Heydens-Gahir, H. A., Reduction of work-family conflict through the use of selection, *Journal of Applied Psychology*, 2003, 88: 1005-1018.
 62. Freund, A. M. y Baltes, P. B., The orchestration of selection, optimization, and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation, en Perrig, W. J. y Grob, A. (eds.), *Control of human behavior, mental processes and consciousness*, Mahwah, N. J., Erlbaum, 2000: 35-58.
 63. Freund, A. M. y Baltes, P. B., The adaptiveness of selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Evidence from a preference study on proverbs, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2002, 57: P426-P434.
 64. Freund, A. M. y Baltes, P. B., Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity, *Journal of personality and Social Psychology*, 2002, 82: 642-662.
 65. Ortiz, A. J. B. y Castro, S. M., Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Contribución de enfermería, Ciencia y Enfermería*, 2009; 15 (1): 25-31.
 66. Jopp, D. y Smith, R., Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness, *Psychology and Aging*, 2006, 21: 253-280.
 67. Baltes, M. M. y Lang, F. R., Everyday functioning and successful aging: The impact of resources, *Psychology and Aging*, 1997, 12: 433-443.
 68. Lang, F. R.; Rieckmann, N. y Baltes, M. M., Adapting to aging losses: Do resources facilitate strategies of selection, compensation, and optimization in everyday functioning?, *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 2002, 57: P501-P509.



La nutrición y el envejecimiento de la población en México

Pedro Arroyo Acevedo*

La nutrición y el envejecimiento

La perspectiva básica

Desde una perspectiva biológica, el envejecimiento es un proceso normal, inherente a todos los seres vivos, resultado del daño molecular progresivo que experimentan durante la vida.¹⁻³ La nutrición tiene importancia por la modulación que ejerce sobre este daño, especialmente en dos momentos: en la etapa de crecimiento y desarrollo –fase intrauterina, infancia y adolescencia– y en la edad adulta. En el primer caso, numerosos estudios han comprobado la relación entre experiencias fetales y neonatales y el desarrollo de enfermedades crónicas en la edad adulta.⁴ En el segundo caso –el de la vida adulta–, la disponibilidad y consumo de energía tienen una marcada influencia sobre la longevidad.¹ Por una parte, el consumo excesivo conduce a la obesidad, cuyas morbilidades asociadas influyen en la calidad del envejecimiento y en la longevidad. Por otra parte, se ha demostrado que la restricción del consumo de energía aumenta la longevidad en diversas especies, especialmente las que tienen una vida corta, entre ellas los primates no humanos.¹ En todas las especies estudiadas, la restricción calórica –en condiciones que no perjudican el estado de nutrición– aumenta la longevidad, además de que tiene otros efectos sobre diferentes funciones metabólicas. Sólo hasta muy recientemente han sido publicados resultados de intervenciones en humanos, con diseños aleatorizados de corto plazo, que muestran efectos en diversos parámetros funcionales, metabólicos y clínicos. Obviamente, en el hombre no ha sido demostrado el efecto de la restricción calórica sobre la longevidad misma. Sin embargo, se han hecho observaciones sobre biomarcadores de longevidad

y sobre el desarrollo de enfermedades crónicas relacionadas con el envejecimiento. Los factores que explican la relación de la restricción calórica con la longevidad nos son conocidos, pero se especula que tienen relación con el metabolismo energético, el daño oxidativo y la sensibilidad a la insulina, así como con cambios funcionales de los sistemas neuroendocrino y simpático.²⁻³

La perspectiva epidemiológica

Otra perspectiva de las relaciones de la nutrición con el envejecimiento es la epidemiológica.⁵ La mejoría de las condiciones de vida de la población ha facilitado, entre otros aspectos, el control de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y, por tanto, una mejor nutrición, fenómenos que explican el aumento de la esperanza de vida. No obstante, hay una contradicción en la forma de envejecer de poblaciones como la mexicana, ya que el aumento de la longevidad ha sido paralelo a una incidencia creciente de enfermedades crónicas que, como la obesidad, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las dislipidemias favorecen el envejecimiento patológico.⁵

La perspectiva clínica

La perspectiva clínica es la tercera manera de abordar el papel de la nutrición en relación con el sujeto que envejece.⁶ El adulto mayor, además de enfrentar el riesgo de padecer obesidad y sus comorbilidades, puede sufrir mala nutrición por deficiencia de calorías, de proteínas o de micronutrientes, ya que es frecuente

* Académico. Maestro en Salud Pública y en Ciencia (Nutrición). Investigador en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriátrica, México.

que consuma dietas inadecuadas. Las causas de los problemas nutricionales del adulto mayor son variadas y las intervenciones clínicas, ya sean de naturaleza preventiva, diagnóstica o terapéutica son complejas.

La perspectiva de la salud pública

Una última forma de ver las relaciones de la nutrición y el envejecimiento es la de la salud pública.⁷ En este campo, el interés central es la promoción del envejecimiento saludable y la prevención, control o reducción del envejecimiento patológico en toda la población. Desde esta perspectiva, tanto la longevidad aumentada como la patología asociada con el envejecimiento son vistas como fenómenos multifactoriales específicos de cada población y de cada uno los estratos que la integran. Las intervenciones a este nivel están dirigidas a la modificación o eliminación de los factores de riesgo nutricional y a fomentar una buena nutrición. En este documento se presentará información publicada sobre el estado de nutrición de la población del adulto mayor en México, y se discutirán algunas alternativas para definir una estrategia de promoción del envejecimiento saludable y de la prevención del patológico.

La salud y la nutrición de los adultos mayores de México en el siglo XXI

Las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición

La generación actual de adultos mayores en México tiene una menor mortalidad que la generación anterior, pero presenta una mayor incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles.⁸ El perfil epidemiológico de esta patología es distinto del que muestran otros grupos de edad, como lo han puesto de manifiesto Shamah-Levy y cols.,⁹ con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición de 2006 (Ensanut 2006).¹⁰ El Cuadro 1 muestra prevalencias elevadas de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia, todas ellas enfermedades crónicas no transmisibles que tienen a la obesidad como un factor predisponente.

La anemia es un problema de nutrición de importancia, especialmente en mujeres, como lo muestra la cifra de 34.8%, comparada con 17% en hombres. La definición de anemia aplicada en Ensanut 2006 (hemoglobina <12 g) incluye la corrección por la altura sobre el nivel del mar. Es probable que la causa principal de la anemia,

especialmente en la mujer, sea la deficiencia de hierro, aun cuando la contribución de las deficiencias de otros micronutrientes, especialmente el zinc, no pueda ser excluida.

La prevalencia de obesidad

La información de las encuestas nacionales de salud y nutrición recientes en relación con el adulto mayor ha sido analizada sólo parcialmente. El Cuadro 2 muestra diferentes niveles de nutrición de los adultos mayores definidos por diferentes puntos de corte del Índice de Masa Corporal (IMC).¹⁰ La prevalencia de desnutrición (IMC <18.5) varía entre 1.0 y 1.5% en sujetos de 60 a 79 años de edad y aumenta ligeramente en los mayores de 80 de ambos sexos. En cambio, la prevalencia de sobrepeso (IMC 25.0-29.9) alcanza cifras que varían de 34 a 45%. En hombres de 60 a 69 años, la cifra es de 24.3%, desciende a 17.9% de 70 a 79 años y es de 9.0% en mayores de 80. En la mujer se aprecia un patrón similar, pero con porcentajes del doble en los grupos de edad considerados.

En 2009, Rojas-Martínez y Villalobos compararon la prevalencia de obesidad, según sexo y quinquenios de edad, en población residente en comunidades mayores de 2,500 habitantes, entre la Encuesta Nacional de Salud de 2000 y la Ensanut 2006.¹¹ Los resultados de este análisis se muestran en el Cuadro 3. Tanto en hombres como en mujeres hay un aumento de la prevalencia, prácticamente en todos los grupos de edad y las cifras son más altas en las segundas. Este cambio se ha dado en el corto lapso de 6 años. Lo que es más notable es que en 2006 se encontraron casos de obesidad en hombres de 85 a 89 años y en mujeres mayores de 90 años, que no habían sido detectados en 2000. Desafortunadamente, no contamos con un análisis semejante en la población residente en comunidades de menos de 2,500 habitantes.

La acumulación central de la adiposidad es un factor de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. Ensanut 2006 indica información sobre la distribución de la adiposidad con base en la circunferencia de cintura. El Cuadro 4 muestra la prevalencia de niveles adecuados y de mayor riesgo metabólico, definidos según los estándares propuestos por un panel de expertos de Estados Unidos (ATPIII) y por la Secretaría de Salud, el segundo es el más estricto. De acuerdo con este último estándar, 7 de cada 10 hombres y 9 de cada

Cuadro 1. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en población mayor de 60 años, según sexo. México, 2006

| Enfermedad crónica | Ensanut 2006 | |
|-----------------------|------------------|------------------|
| | Hombres (%) | Mujeres (%) |
| Hipertensión arterial | 26.4 (23.6-29.3) | 22.2 (19.9-24.7) |
| Diabetes* | 15.4 (13.1-18.1) | 19.6 (17.3-22.2) |
| Colesterol ≤200 mg/dL | 25.7 (21.3-30.7) | 28.6 (24.9-32.6) |
| Colesterol >240 mg/dL | 3.0 (1.5-6.0) | 4.2 (2.9-6.0) |
| Anemia <12.0 g/dL | 17.0 (14.8-19.5) | 34.8 (31.8-37.8) |

* Autorreporte. **Fuente:** Shama, L. T. y cols.⁹

Cuadro 2. Prevalencia de diferentes niveles de nutrición según el índice de masa corporal en adultos mayores, según sexo. México, 2006

| Nivel de nutrición | 60-69 | | 70-79 | | 80 y más | |
|---------------------------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| Desnutrición (IMC <18.5) | 1.1 | 1.5 | 1.4 | 1.1 | 4.0 | 5.2 |
| Adecuado (IMC 18.5-24.9) | 29.3 | 18.0 | 36.6 | 27.3 | 49.9 | 44.5 |
| Sobrepeso (IMC 25.0-29.9) | 45.3 | 38.1 | 44.2 | 39.4 | 37.1 | 34.0 |
| Obesidad (IMC ≥30) | 24.3 | 42.4 | 17.9 | 32.2 | 9.0 | 16.3 |

Fuente: Olaiz, F. G. y cols.¹⁰

Cuadro 3. Prevalencia de obesidad (IMC de 30.0 y más) en adultos mayores residentes en comunidades de más de 2,500 habitantes, según sexo y grupo de edad. México, 2000 y 2006

| Grupo de edad | Hombres | | Mujeres | |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Ensanut 2000 | Ensanut 2006 | Ensanut 2000 | Ensanut 2006 |
| 60-64 | 24.3 | 30.0 | 40.1 | 47.5 |
| 65-69 | 28.6 | 25.3 | 37.4 | 39.6 |
| 70-74 | 20.7 | 18.4 | 32.1 | 39.9 |
| 75-79 | 13.7 | 18.6 | 25.8 | 30.5 |
| 80-84 | 11.6 | 12.2 | 20.4 | 18.9 |
| 85-89 | - | 6.0 | 6.2 | 13.8 |
| 90 y más | - | - | - | 8.7 |

Fuente: Rojas, M.R., Villalobos, A.¹¹

Cuadro 4. Prevalencia de diferentes niveles de circunferencia de cintura, según diferentes estándares, en adultos mayores, según sexo. México 2006

| Estándar | Circunferencia de la cintura | 60-69 | | 70-79 | | 80 y más | |
|---------------------|------------------------------|---------|---------|---------|---------|----------|---------|
| | | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres | Mujeres |
| ATPIII ^a | Adecuada | 68.8 | 20.3 | 75.8 | 21.8 | 81.6 | 31.4 |
| | Mayor riesgo | 31.2 | 79.7 | 24.2 | 78.2 | 18.4 | 68.6 |
| SSA ^b | Adecuada | 27.6 | 7.7 | 29.0 | 8.7 | 42.2 | 12.6 |
| | Mayor riesgo | 72.4 | 92.3 | 71.0 | 91.3 | 57.8 | 87.4 |

Fuente: Olaiz FG y cols.¹⁰

^aAdecuada: hombres: ≤102 cm; Mujeres: ≤88 cm.
Mayor riesgo: hombres >102 cm; Mujeres >88 cm.

^bAdecuada: hombres ≤90 cm; Mujeres: ≤80 cm.
Mayor riesgo: hombres >90 cm; Mujeres >80 cm.

10 mujeres entre 60 y 79 años están con mayor riesgo metabólico según el nivel de adiposidad central. En el caso de las mujeres de más de 80 años, la frecuencia se mantiene y en el caso de los hombres desciende a 6 de cada 10. Esta morfología corporal y los riesgos que conlleva son consistentes con la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus en los mismos grupos de edad.

Se considera que el estado de nutrición de los adultos mayores de comunidades rurales es más deficiente, comparado con el de los residentes de las poblaciones urbanas. Sin embargo, la obesidad ya es también un problema de nutrición que coexiste con los habituales de desnutrición. El mejoramiento de la nutrición no ha alcanzado de la misma manera a poblaciones rurales y urbanas marginadas como a estratos urbanos. La proporción más desprotegida desde el punto de vista económico corresponde gruesamente al quintil más bajo de ingresos, segmento que probablemente presente todavía secuelas de la desnutrición energético-proteica. A este problema se agregan, como se ha mencionado antes, los problemas crónico-degenerativos emergentes como la obesidad y la diabetes. Si bien hay publicaciones que documentan este perfil epidemiológico en núcleos pequeños de población rural mestiza e indígena, es necesario extender estos análisis a los resultados de las encuestas nacionales de 2000 y 2006.¹²

La nutrición, el envejecimiento y el curso de vida

En el campo biomédico, la nutrición humana ha sido estudiada tradicionalmente desde la perspectiva del “ciclo de vida”. Esta visión es comprensible porque los problemas de nutrición más importantes del siglo XX –sobre todo la desnutrición energético-proteica– afectaron más a la mujer en las diferentes fases del ciclo reproductivo y al niño, desde la etapa fetal hasta la culminación del crecimiento y desarrollo en la adolescencia. La idea de “ciclo de vida” considera al envejecimiento y a la muerte como fenómenos biológicos terminales. El cambio del panorama epidemiológico por la emergencia de la epidemia de la obesidad y sus comorbilidades, así como el aumento de la longevidad, exigen una perspectiva diferente, la del “curso de vida”.

En esta perspectiva se hace referencia a la estratificación por edad y a la secuencia de roles, socialmente atribuidos, que interconectan las etapas vitales. Como paradigma se estudia, en forma interdisciplinaria, el desarrollo de la vida humana; adicionalmente analiza e integra las interacciones y la interdependencia entre los desarrollos biológico y psicológico del individuo, los marcos sociohistóricos en los cuales transcurre la vida, los modelos de cursos de vida que toda sociedad produce, y las trayectorias individuales de vida que se desarrollan en el marco de las obligaciones y las posibilidades.¹³

A partir de esta visión, a lo largo de la experiencia vital incluida la etapa del envejecimiento, la nutrición adquiere una dimensión distinta. De manera sumaria se comentarán, brevemente, algunas de sus facetas en diferentes etapas del “curso de vida”, así como sus implicaciones para un envejecimiento saludable.

La nutrición, el género y el curso de vida

Durante la juventud se tiene una mayor percepción de los cambios en el organismo, especialmente por parte de la mujer. Esta percepción se acentúa por la reproducción y por el nacimiento del niño, cuyas transformaciones son, en todos aspectos, aceleradas. La nutrición es el motor del crecimiento y del desarrollo; es un espacio de gran prioridad y trascendencia para la salud de la misma madre y de su descendencia. Desde el punto de vista del género, esta visión del propio organismo y de sus implicaciones hacia los descendientes no es compartida con la misma calidad e intensidad por el hombre. Estos fenómenos tienen grandes implicaciones para la promoción del envejecimiento saludable, la prevención del patológico y para catalizar el potencial de acción que tiene la nutrición en ambos casos. Desde el punto de vista científico, se ha demostrado que una nutrición óptima durante las etapas de crecimiento y desarrollo acelerados previene la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas en la edad adulta y en la vejez. Sin embargo, culturalmente, es poco probable que se tome conciencia de la relación que existe entre etapas del curso de vida tan distantes en el tiempo y se actúe en consecuencia.

La nutrición, la percepción corporal y el curso de vida

El interés y la preocupación por el cuerpo, sus cambios y su relación con la nutrición van decreciendo a lo largo de la vida, y los cambios que fueron evaluados como ganancias en términos de salud y bienestar van disminuyendo hasta llegar a la gran vejez (mayores de 80 años), que es cuando las pérdidas de salud, funcionalidad e independencia superan a las ganancias. Este hecho limita la oportunidad de intervenir en cuestiones de nutrición y de salud en la etapa de madurez, etapa en que los cambios de hábitos de vida tendrían mayor impacto sobre el envejecimiento. También en este caso hay diferencias por género ya que, nuevamente, las mujeres reportan menos pérdidas que los hombres, patrón que es más notorio en los octogenarios.

Estudios empíricos recientes hechos en países europeos han mostrado que, a lo largo de la vida, las personas tienden a disminuir la percepción de los cambios que experimentan en sí mismas y detectan más los que ocurren en los demás, tendencia que es más fuerte en las mujeres.¹³ Las implicaciones que estos cambios de percepción de la nutrición, en particular, y de la salud, en general, a lo largo del curso de vida no han sido estudiadas. Intuitivamente podemos suponer que son importantes y que tienen relación con el poco éxito de los programas de educación en nutrición y salud dirigidos a individuos, más que a grupos poblacionales.

La nutrición, el curso de vida y los retos del envejecimiento

Algunos de los retos que el envejecimiento plantea al individuo para lograr y mantener una nutrición adecuada, en relación con el curso de vida, se resumen a continuación:

- a. Aumento del riesgo de padecer enfermedades crónicas mayores.
- b. Dificultad para prevenir y tratar la obesidad.
- c. Disminución de la capacidad para regular la ingestión de energía mediante modificaciones del gasto energético.
- d. Mayor riesgo de padecer mala nutrición por coexistir enfermedades crónicas, o por pérdidas dentarias.
- e. Mayor riesgo de consumir dietas deficientes por pérdida de interés o de apetito.
- f. Riesgo de disminución de masa muscular y de sufrir discapacidad física.
- g. Riesgo de consumo de medicamentos múltiples.
- h. Disminución de la tasa de ganancias con la edad, en relación con la salud y la nutrición.
- i. Disminución del interés y de la preocupación por el cuerpo, riesgo más acentuado en el hombre.
- j. Predominio de pérdidas sobre ganancias, en términos de salud, nutrición y funcionalidad, en el envejecimiento avanzado.

Recomendaciones nutricionales para el envejecimiento saludable

Entre los elementos del estilo de vida más estudiados –además del tabaquismo y el consumo de alcohol– están la alimentación y la actividad física, ambos motores del envejecimiento saludable. Su traducción, en la práctica, son las guías para una dieta saludable y para desarrollar

niveles de actividad física que tengan un efecto positivo en la salud.

Las evidencias científicas que avalan el papel de una buena nutrición y de la actividad física sobre la salud y la calidad de vida son numerosas;¹⁴ el problema reside en la aplicación de estos conocimientos desde la infancia hasta la vejez. La experiencia muestra que no bastan el conocimiento ni las consideraciones racionales para adoptar un estilo de vida sano. En esta sección se presentarán, en primer término, las recomendaciones nutricionales para prevenir las enfermedades crónicas y para promover el envejecimiento exitoso. En segundo término, se ejemplificará la traducción de estas recomendaciones en guías de alimentación. En tercer lugar, se discutirá la factibilidad de integrar estas recomendaciones en un estilo de vida sano, a la luz del paradigma de estilo de vida sano emergente. Finalmente, se harán algunas consideraciones sobre políticas públicas que puedan ser implementadas para prevenir el envejecimiento patológico y promover el saludable.

Recomendaciones nutricionales y guías de dietas para promover el envejecimiento sano y prevenir el patológico

Las recomendaciones de consumo de macronutrientes y de sal para prevenir enfermedades crónicas y para promover el envejecimiento exitoso, adaptadas de Deckelbaum y cols.¹⁴ se resumen a continuación:

- Grasas saturadas: < del 10% de las calorías.
- Grasa total: $\leq 30\%$ de las calorías totales.
- Grasas poliinsaturadas: $\leq 10\%$ de las calorías totales.
- Grasas monosaturadas: <15% del total de calorías.
- Colesterol: ≤ 300 mg/d.
- Hidratos de carbono: >55% del total de calorías.
- Calorías totales necesarias para alcanzar y mantener un peso deseable.
- Ingestión de sal: <6.0 g/d.

Para traducir estas recomendaciones nutrimentales en indicaciones prácticas son de utilidad las guías para consumir una dieta sana. A manera de ejemplo se resumen las recomendaciones dirigidas a la población estadounidense, adaptadas de Deckelbaum y cols.¹⁴ y de las *Dietary Guidelines for Americans* para 2010.¹⁵

- Consumir una dieta variada.
- Equilibrar el alimento que se consume con la actividad física para mantener o mejorar el peso corporal.
- Consumir una dieta con abundantes semillas, leguminosas, verduras y frutas.
- Consumir una dieta baja en grasas, en grasas saturadas y en colesterol.
- Consumir una dieta moderada en sal y sodio.
- Si se consumen bebidas alcohólicas, que sea con moderación.

Estas recomendaciones simples son aplicables a todos los grupos de población incluidos los adultos mayores. La Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación en salud en materia alimentaria, publicada en octubre de 2004,¹⁶ coincide con las recomendaciones norteamericanas y en algunos puntos las simplifica; por ejemplo, al referirse a tres grupos de alimentos: verduras y frutas, cereales y tubérculos, y leguminosas y alimentos de origen animal. La norma mexicana subraya el consumo de carne blanca, pescados y aves asadas, así como la moderación en la ingestión de otros alimentos de origen animal, como estrategia para disminuir la ingestión de grasas saturadas; divide las recomendaciones en dos: para los adultos de 20 a 59 años y para los adultos mayores. En relación con estos últimos, destaca el riesgo de desnutrición por consumir dietas insuficientes y la dificultad de lograr el equilibrio entre ingestión y consumo de energía por la disminución de la actividad física a causa de la edad. Recomienda, además, la integración de la dieta del adulto mayor a la alimentación familiar, y adecuarla a las limitaciones motrices, funcionales y sensoriales propias de esta edad.

Nutrición, alimentación, actividad física y estilo de vida

Las recomendaciones para lograr una alimentación equilibrada y para tener un patrón de vida sano y activo son del dominio general. Su fundamentación científica es sólida y el conocimiento sobre los mecanismos que relacionan los patrones inadecuados de vida y las enfermedades crónicas mayores, así como con el envejecimiento patológico, se ha ampliado notablemente en

las últimas décadas. Sin embargo, es un lugar común la existencia de una fuerte resistencia a cambiar hábitos de vida adquiridos desde edades tempranas y adoptar estas recomendaciones. Esta resistencia es mayor en los adultos mayores, quienes ya tienen estos hábitos consolidados por una larga experiencia de vida y por influencias socioculturales. Tanto la alimentación como la actividad física forman parte del estilo de vida. El estilo de vida dominante en sociedades industrializadas y urbanizadas como la mexicana es percibido como un conjunto de conductas susceptibles de ser modificadas por medio de decisiones basadas en una racionalidad científica y mediante la voluntad personal. Este enfoque empirista y reduccionista domina la práctica médica habitual que busca convencer al paciente de la racionalidad y de la necesidad de “hacer un cambio del estilo de vida” para prevenir la recurrencia de complicaciones por enfermedades crónicas. En general, los programas públicos de prevención se apoyan en una idea semejante, de que el cambio puede lograrse por la difusión del conocimiento científico de las causas de las enfermedades enraizadas en un estilo de vida inadecuado.¹⁷ Otras corrientes sociológicas han cuestionado este enfoque del concepto de estilo de vida y proponen un nuevo paradigma que supere la insuficiencia explicativa y falta de coherencia con los resultados de su aplicación del concepto dominante.

Un nuevo paradigma del estilo de vida sano

En una publicación reciente, Cockerham¹⁸ presenta un nuevo paradigma para el concepto de “estilo de vida sano” (*healthy lifestyle*), basado en ideas de Weber¹⁹ y profundizadas por Bourdieu,²⁰ entre otros autores. De acuerdo con Cockerham,¹⁸ el núcleo del paradigma del “estilo de vida sano” es la idea del *habitus* o hábito. Este patrón de conducta repetido, proyectado hacia comportamientos futuros y verificables mediante actos susceptibles de evaluación, es el resultado de la interacción de factores propios del actor o agente y de la estructura social. Esta última se refiere a un conjunto de reglas o procedimientos transmisibles, así como de recursos que facilitan o limitan la acción social, los cuales tienden a ser reproducidos por la misma acción social. Entre los recursos podemos mencionar la fortaleza física, la habilidad o el conocimiento de los actores

o agentes; entre los recursos no humanos están los que existen en la naturaleza y los manufacturados por el hombre. En este interjuego del agente y la estructura, se ubica el concepto de “estilo de vida sano”. Como tal se entiende a “...los patrones colectivos de conductas relacionadas con la salud, basados en decisiones que se toman a partir de opciones disponibles a la población, en función de las oportunidades que tienen en su vida”.¹⁸

Dos factores tienen una relación directa con el “estilo de vida sano”: uno se refiere al estatus que comparten los individuos de un grupo, identificable por determinados patrones de consumo. En el caso de la salud se podría tratar de productos como una mayor longevidad, mayor capacidad de trabajo o más bienestar propio, modelos que son promovidos por una poderosa industria de productos, bienes y servicios. De acuerdo con esta corriente sociológica, de todas las fuerzas sociales que moldean el estatus —y, por tanto, el estilo de vida sano—, la más poderosa son las circunstancias de clase social. Estas circunstancias influyen sobre los “portadores sociales” de una forma particular de vida, quienes son los responsables de la transmisión de normas específicas de clase, de valores, de posturas religiosas y de ética, así como de formas de vida a través de generaciones. Esta forma de entender el “estilo de vida” es consistente con la resistencia al cambio que opera en la población, pese a la racionalidad científica que existe detrás de las recomendaciones para adoptar un estilo de vida más saludable. El margen que queda para la responsabilidad y las acciones individuales está constreñido por las opciones disponibles, entre otras cosas, por las circunstancias de clase. En una cita textual, Cockerham¹⁷ refiere que “la gente alinea sus objetivos, necesidades y deseos con las probabilidades de realizarlos y adopta un estilo de vida congruente con la evaluación que hace de la realidad de sus recursos y de sus circunstancias de clase”. Un ejemplo de la limitación de la voluntad individual y de la influencia poderosa de las fuerzas supraindividuales que ofrece este autor es el caso del control del tabaquismo: los resultados de las campañas de educación fundadas en la racionalidad de los daños a la salud causados por este hábito fueron escasos. En cambio, la tasa de fumadores disminuyó significativamente a partir de la promulgación de la legislación que prohíbe fumar en espacios públicos.

Retornando al caso de la nutrición, concretamente de la alimentación y de la actividad física para promover un envejecimiento exitoso, el paradigma del “estilo de vida sano” basado en Weber y Bourdieu, entre otros autores, ofrece nuevas perspectivas. A continuación se referirán algunas de ellas de manera sucinta.

Nutrición, alimentación y el paradigma del “estilo de vida sano”

La pregunta central en relación con el envejecimiento saludable podría ser: ¿qué probabilidades tiene el adulto mayor (o, idealmente, el adulto) de modificar su estilo de vida en los rubros de alimentación y de actividad física? Las probabilidades reales están dadas por limitaciones a nivel del individuo y de la estructura social.

Entre las limitaciones individuales se encuentran:

- Experiencia de vida larga en la que el adulto ha repetido su patrón de conducta (hábito).
- Escepticismo por una proyección a futuro limitada en el tiempo.
- Limitación en la evaluación de conductas por las deficiencias que acompañan al envejecimiento.

Entre las limitaciones atribuibles a la estructura social están:

- Aplicación al ejercicio de la vida social de esquemas, normas o procedimientos transferibles, que fueron adquiridos o aprendidos.
- Disponibilidad de recursos para el cambio, entre otros, fuerza muscular, destreza, conocimientos, que son facultades que merman con la edad.
- Disponibilidad de recursos manufacturados.

Las limitaciones mencionadas se ven modificadas, en sentido positivo o negativo, por la pertenencia a un grupo definido según sus patrones de consumo, es decir, por su estatus.

En este interjuego de opciones se pregunta uno: ¿qué valor tienen la nutrición y la alimentación? ¿Por qué hay tanta obesidad? ¿Cuál es el producto más buscado en esta sociedad? ¿El placer de comer, la longevidad, el envejecimiento saludable, sano y activo? ¿Las buenas prácticas de salud y alimentación? Respecto a la influencia de las circunstancias de clase, se encuentra que los estratos más acomodados son los portadores sociales, en términos generales, de una forma más sana de vida

a lo largo de generaciones. En este sentido, se podría hablar también de portadores de vida no sana, por ejemplo, los sectores más desprotegidos económicamente, o los hombres respecto de las mujeres. En este interjuego de clase social y género hay una mortalidad diferencial, mayor en hombres que en mujeres, pero también una morbilidad diferencial, mayor en mujeres que en hombres. En el caso de la edad, los adultos mayores de nivel socioeconómico bajo tienden a hacer cambios negativos en su patrón de consumo de alimentos y a perder interés en su alimentación. Lo opuesto ocurre en los integrantes de los estratos más acomodados.

La consideración de los efectos de otros elementos sobre los patrones de alimentación y de actividad física, tales como la etnicidad, las condiciones materiales de vida, la socialización y la experiencia, trascienden las dimensiones y el propósito de este escrito y quedan como temas de una agenda de investigaciones futuras. Sólo un punto restante es importante considerar con más detalle: el papel de las colectividades en el desarrollo de un estilo de vida sano. Existen experiencias documentadas sobre la influencia positiva que tiene la pertenencia a organizaciones militares, grupos religiosos, deportivos, culturales y políticos, entre otros, sobre el estilo sano de vida. Un caso que viene a la mente es la erradicación del alcoholismo en poblaciones rurales de nuestro país que han adoptado denominaciones religiosas protestantes.

Salud pública, nutrición, alimentación, actividad física y envejecimiento

La salud pública es el campo del conocimiento y de la acción público-privada para el mejoramiento de la salud de una población.⁷ Los actores son el Estado, las organizaciones sociales públicas y privadas y la población. En consonancia con el paradigma del estilo de vida sano expuesto arriba, éste es el nivel de acción que tiene un mayor potencial para mejorar la nutrición y la alimentación en la promoción del envejecimiento sano y activo y en la prevención del envejecimiento patológico. Este tema requeriría un desarrollo extenso, ya que es una asignatura pendiente de la agenda público-privada en salud. De manera breve, se mencionarán algunas propuestas que se consideran relevantes para una discusión futura de la acción social en esta materia. Para ello es importante construir y difundir la noción de que el envejecimiento sano y activo es un *desideratum*

alcanzable a nivel de toda la población, mediante la adopción temprana de un estilo de vida sano.

Consideraciones sobre salud pública, nutrición y envejecimiento sano

- a. El envejecimiento sano y activo depende de la decisión personal de adoptar un estilo de vida sano desde etapas previas del curso de vida.
- b. La adopción de un estilo de vida sano tiene efectos positivos aun en la etapa de la vida del adulto mayor.
- c. El estilo de vida sano incluye de manera especial patrones de alimentación y de actividad física sanos.
- d. La decisión personal es una condición necesaria, pero no suficiente, para adoptar un estilo de vida sano.
- e. La adopción de un estilo de vida sano está vinculada estrechamente con el mejoramiento de las circunstancias de clase social: ocupación, ingreso, educación, condiciones materiales de vida, satisfacción.
- f. Construir mensajes positivos que se difundan a través de medios masivos de comunicación públicos y privados.

Acciones en salud pública y nutrición para promover el envejecimiento sano

La salud pública⁷ promueve el envejecimiento sano y activo de la población a través de la acción coordinada de colectividades públicas y privadas. Esta promoción comprende, entre otras, las siguientes acciones:

- a. Difusión de mensajes positivos a través de medios masivos de comunicación, del sistema escolarizado, de organizaciones públicas y privadas.
- b. Vinculación y difusión de mensajes al consumidor con los programas de regulación de la industria alimentaria y las iniciativas de este sector en favor de una buena nutrición.
- c. Vinculación de programas de promoción del envejecimiento sano y activo con los programas de prevención y control de enfermedades crónicas mayores de las instituciones de salud.
- d. Incorporación de temas sobre el envejecimiento sano y activo en los programas de estudio de las profesiones de la salud, a niveles profesional y técnico.

Referencias

1. Redman, L. M.; Martin, C. K.; Williamson, D. A. y Ravussin, E., Effect of caloric restriction in non-obese humans on physiological, psychological and behavioral outcomes, *Physiol Behav*, 2008, 94 (5): 643-648.
2. Kirkwood, T. B., Global aging and the brain. *Nutr. Rev.*, 2010, 68 (Suppl. 2): 565-569.
3. Kirkwood, T. B., Evolution of aging, *Nature*, 1977, 270: 301-304.
4. Dyer, J. S. y Rosenfeld, C. R., Metabolic imprinting by prenatal, perinatal, and postnatal overnutrition: a review, *Semin. Reprod. Med.*, 2011, 29 (3): 266-276.
5. Gutiérrez, R. L. M., México y la Revolución de la longevidad, en Gutiérrez, R. L. M. y Gutiérrez, A. J. H. (coords.), *Envejecimiento Humano. Una visión transdisciplinaria*, México, Instituto Nacional de Geriatria, 2010: 21-36.
6. Morley, J. R. y Thomas, D. R. (eds.), *Geriatric Nutrition*, Boca Raton, CRC Press, 2007.
7. Panamerican Health Organization, *Public Healthy Capacity in Latin America and the Caribbean: assessment and strengthening*, Washington, D.C., PAHO, 2007.
8. González, G. C., Demografía del envejecimiento: argumentos, problemas, temas no cubiertos y horizontes de investigación en México, en Gutiérrez, R. L. M. y Gutiérrez, A. J. H., *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*, México, Instituto Nacional de Geriatria, 2010: 295-303.
9. Shamah, L. T.; Cuevas, N. L.; Mundo, R. V.; Morales, R. C.; Cervantes, T. L. y Villalpando, H. S., Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional, *Salud Pública Méx.*, 2008, 50: 383-389.
10. Olaiz, F. G.; Rivera, D. J.; Shamah, L. T.; Rojas, R.; Villalpando, H. S.; Hernández, A. M. y Sepúlveda, A. J., *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
11. Rojas, M. R. y Villalobos, A., Tendencias recientes de la prevalencia de la obesidad en México, en García, G. E.; Kaufer, H. M.; Pardío, J. y Arroyo, P. (eds.), *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento*. México: Fundación Mexicana para la Salud/Editorial Médica Panamericana, 2010: 21-25.
12. Arroyo, P.; Fernández, V.; Loría, A.; Pardío, J.; Laviada, H.; Vargas-Ancona, L. y Ward, R., Obesidad, morfología corporal y presión arterial en grupos urbanos y rurales de Yucatán, *Salud Pública Méx.*, 2007, 49: 274-285.
13. Arango, L. V. E., ver capítulo correspondiente en este libro.
14. Deckelbaum, R. J.; Fisher, E. A.; Winston, M.; Kumanyika, S.; Lauer, R. M.; Pi-Sunyer, F. X., *et al.*, Summary of a Scientific Conference on Preventive Nutrition: Pediatrics to Geriatrics, *Circulation*, 1999, 100: 450-456.
15. *Dietary Guidelines for Americans, 2010* [consultado 2011 octubre 18]. Disponible en: <http://www.cnpp.usda.gov/dgas2010-dgacreport.htm>.
16. Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación en salud en materia alimentaria, 2004 [consultado 2011 octubre 18]. Disponible en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/2_norma_oficial_mexicana_nom_043_SSA2_2005.pdf.
17. Secretaría de Salud, *Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad* [consultado 2011 octubre 18]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/temas_interes/salud_alimentaria.html.
18. Cockerham, W. C., Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *J. Health Soc. Behav.*, 2005, 46 (1): 51-67.
19. Weber, M. C. E., citado por Cockerham.
20. Bourdieu, P., citado por Cockerham.

**EL ESTADO ACTUAL
DE LA SALUD AL
ENVEJECER EN MÉXICO**





La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer

Carmen García-Peña*
César González González**

Panorama de la enfermedad crónica

En 2002, el proyecto *Carga Global de la Enfermedad*¹ estimaba que las enfermedades crónicas representan 85% de la carga de la enfermedad en los países de alto ingreso y un 44% en países de medio y bajo ingreso. Si se centra la atención en las edades avanzadas, las enfermedades crónicas acumulan 87% de la carga en la población de 60 años y más en los países de medio y bajo ingreso. Además, estos países tienen una doble carga, movilizar y distribuir recursos para resolver los retos de las enfermedades crónicas mientras que se continúa con problemas de alta prevalencia de enfermedades transmisibles.

Según el XII Censo de Población y Vivienda de 2010, la población de México alcanzó los 112.3 millones de habitantes en ese año. El grupo de población en edades avanzadas creció de manera acelerada y registró poco más de 10 millones de personas de 60 años y más, las cuales representan 9.0%; en el año 2000 este grupo de población contaba con 7 millones y representaba 7.1%, lo que hace evidente el progresivo envejecimiento de la población.

La probabilidad de tener enfermedad crónica se incrementa con la edad. Los datos de la Enasem 2001 señalan que poco más de 67% de la población de 60 años y más reporta tener al menos una enfermedad diagnosticada;² lo mismo que la mitad de la población de 50 a 59 años, esto significa que la población de este grupo de edad al pasar al grupo de edades avanzadas ya

tendrá un deterioro en su estado de salud. Cada año miles de personas son diagnosticadas con una enfermedad y miles más mueren por esa condición; con las transiciones demográfica y epidemiológica avanzando, se espera que la morbilidad y mortalidad aumenten, en parte por el incremento en la esperanza de vida (en 2050 se espera que llegue a 82 años) y por las condiciones económicas, sociales y de salud que prevalecen en el país.

Debido a que representan un importante problema de salud global y una carga significativa sobre la población y sobre los sistemas de salud, tanto por sus repercusiones en el estado de salud como por el escalamiento en costos, la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) se destacan y se utilizan en este capítulo como ejemplo de enfermedad crónica.

La hipertensión arterial, además de ser un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebro-vasculares y la insuficiencia renal, es la causa directa de un número importante de muertes en el país. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 mostró que cerca de 43% de los adultos mayores de 20 años tienen diagnosticada hipertensión arterial y que aproximadamente 7% sufren de diabetes tipo 2. Entre la población de 60 años y más 72.8% tiene hipertensión y 17.4 diabetes.

En 2008 la diabetes mellitus fue la principal causa de muerte entre la población general, 14% de las muertes tuvieron como causa esta enfermedad, en 2000 el porcentaje era de 10.7%; está avanzando rápidamente.

* Académica. Doctora en Salud Pública y Políticas en Salud, Investigadora Titular, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área Envejecimiento, Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Doctor en Estudios de Población, Investigador en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Geriátrica, Secretaría de Salud.

La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer

Además, la DMT2 en los últimos ocho años se ha constituido en la principal causa de muerte en mujeres y la segunda causa en hombres. También es la principal causa de retiro prematuro de la actividad económica, ceguera e insuficiencia renal.³ En el año 2000, la diabetes fue la decimoprimer causa más frecuente de hospitalización, pero la segunda causa de mortalidad.⁴

Son escasos los datos epidemiológicos específicos de esta enfermedad en ancianos, pero si alguna enfermedad es paradigma de cronicidad en este grupo de edad, es la DMT2. Generalmente aparece en el adulto y le acompañará en todo el proceso de envejecimiento, si bien tendría que diferenciarse entre aquellos pacientes que inician con diabetes después de los 60 años de edad. Es, junto con el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, la principal causa de morbilidad en los que superan los 65 años. En los próximos años, 40% de los diagnósticos de DMT2 serán en mayores de 65 años de edad, por lo que esta condición afectará al 17% de adultos en este grupo de edad.

Un análisis de la Encuesta Nacional de Salud (Ensa 2000)⁵ revela que cerca del 20% (n=458) de las personas autorreportadas como diabéticas (n=2,293), recibieron el diagnóstico de primera vez después de los 60 años de edad y casi el 50% de ellas presentaban además hipertensión arterial (Cuadro 1). Los datos de la Ensanut 2006⁶ en un análisis del grupo de edad de 59 años y más⁷ reportaron la prevalencia de diabetes por diagnóstico anterior en 15.4% en los hombres y 19.6% en las mujeres. De estas cifras, sólo una cuarta parte de los hombres y la quinta parte de las mujeres tenían una diabetes bien

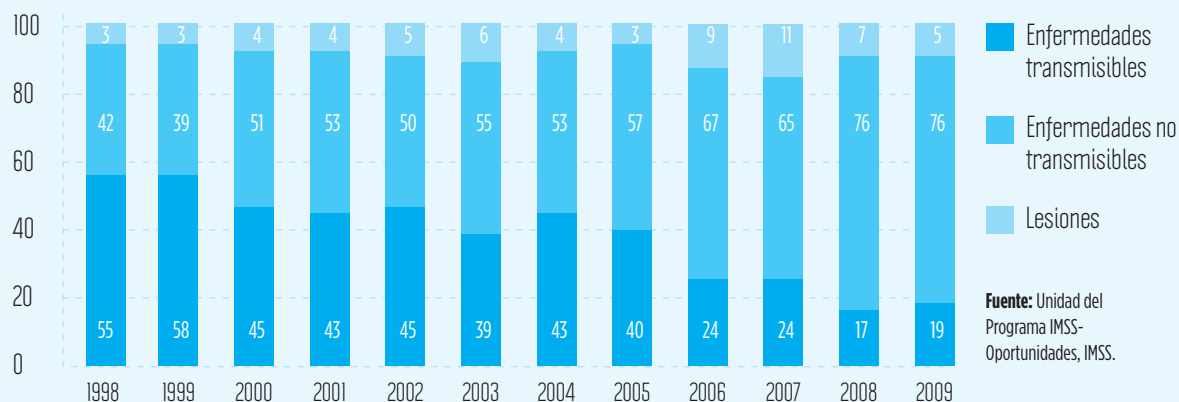
controlada, de acuerdo con el porcentaje de hemoglobina glicada (Cuadro 1).

Para el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el último informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2010-11⁸ reporta que del total de defunciones en 1976, 51.5% correspondían al grupo de menores de 5 años y 20% ocurrió en el grupo de 5 años y más. Para el año 2010, los datos se revirtieron; 5.3% ocurrió en menores de 5 años y 59.4% en mayores de 65 años. Los cambios en las causas de mortalidad son también evidentes. Para 2010, 76% correspondieron a muertes por enfermedades no transmisibles, contra 42% del año de 1998 (Gráfica 1).

Las peculiaridades de la diabetes en los ancianos son tales que tienen especial repercusión no sólo en la clínica sino en los sistemas de salud. Es sabido que presentan diferente fisiopatología, su expresión clínica se identifica en el deterioro funcional; es frecuentemente asociada con otras morbilidades, especialmente hipertensión; el rol de la dieta y el ejercicio es más complejo que en el adulto y las repercusiones en discapacidad y deterioro cognoscitivo son muy importantes.⁹

En cuanto a la prevalencia de HTA en personas mayores de 20 años, la cifra alcanza 30.8% pero se incrementa a 50% en hombres mayores de 60 años de edad. La HTA es el factor de riesgo más importante para enfermedad coronaria y enfermedad cerebro vascular y representa el 20% de todas las muertes.¹⁰ Análisis de la Encuesta Ensa 2000 han estimado que 1.5% de los pacientes que padecen hipertensión mueren cada año de causas directas a la enfermedad.¹¹ La Ensanut 2006

Gráfica 1. Defunciones por tipo de enfermedad, 1998-2009



Cuadro 1. Características seleccionadas según edad de inicio de diabetes

| | Inicio ≤ 59 n=1,835 | Inicio ≥ 60 n=458 | p |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------|
| | n (%) | n (%) | |
| Sexo | | | |
| Femenino | 1,359 (74.1) | 288 (62.9) | <0.010* |
| Masculino | 476 (25.9) | 170 (37.1) | |
| Factores de riesgo | | | |
| Alcoholismo | | | |
| Sí | 465 (25.3) | 82 (17.9) | <0.010* |
| No | 1,370 (74.7) | 376 (82.1) | |
| Tabaquismo | | | |
| Sí | 599 (32.6) | 189 (41.3) | <0.010* |
| No | 1,236 (67.4) | 269 (58.7) | |
| Índice de masa corporal | | | 0.010* |
| Bajo peso (<18.5) | 9 (0.5) | 2 (0.4) | |
| Normal (18.5-24.9) | 372 (20.3) | 100 (21.8) | |
| Sobrepeso (25.0-29.9) | 677 (36.9) | 185 (40.4) | |
| Obesidad (≥ 30.0) | 678 (36.9) | 133 (29.0) | |
| Sin datos | 99 (5.4) | 38 (8.3) | |
| Percepción del estado de salud | | | <0.010* |
| Bueno | 423 (23.1) | 132 (28.8) | |
| Regular | 1,051 (57.3) | 235 (51.3) | |
| Malo | 344 (18.7) | 80 (17.5) | |
| Sin datos | 17 (0.9) | 11 (2.4) | |
| Morbilidad | | | |
| Hipertensión | n=1754 | n=437 | 0.017* |
| Sí | 674 (38.4) | 200 (45.8) | |
| No | 1,080 (61.6) | 237 (54.2) | |
| Insuficiencia renal | | | 0.601 |
| Sí | 52 (2.9) | 10 (2.2) | |
| No | 1,770 (97.1) | 446 (97.8) | |

Fuente: Ensa, 2000.

encontró que en mayores de 59 años, la prevalencia de autorreporte de HTA fue de 28.5% de los hombres y 41.3% de las mujeres.⁷

Peso relativo de la enfermedad crónica para los sistemas de salud

México invierte 6.5% de su producto interno bruto (PIB) en salud, porcentaje que muestra incrementos (en 2000 fue de 5.1%) pero que aún es insuficiente y está por debajo del porcentaje que otros países de ingresos medios de América Latina le dedican a la salud. Del gasto total en salud, 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado, de este último, en su gran mayoría es gasto de bolsillo.¹²

En la actualidad la mitad del presupuesto de las instituciones públicas de salud se destina en atender las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas diabetes e hipertensión arterial. El presupuesto global del sector salud asciende a 380 mil millones de pesos, de ellos, 190 mil millones son destinados para el tratamiento de padecimientos crónicos. Por ejemplo, la atención de la diabetes implicó un gasto de 34 mil millones de pesos al IMSS. Córdova Villalobos¹³ señala que los costos derivados de pacientes con diabetes absorben un tercio

del presupuesto del IMSS. Y que la diabetes, junto con la hipertensión y la obesidad, le cuestan a la Secretaría de Salud alrededor de 10 mil millones de pesos anuales. Las estimaciones señalan que el costo de las enfermedades crónicas se duplicará en siete años.

Los egresos hospitalarios son un buen indicador para ejemplificar el peso relativo de la enfermedad crónica para los sistemas de salud. Según información de la Secretaría de Salud, en 2008 hubo un total de 5,123,675 egresos hospitalarios, de los cuales 43.6% fueron por enfermedades no transmisibles; además, 13.4% del total de egresos hospitalarios correspondió a población de 65 años y más. Por sexo, entre los hombres 62.5% de los egresos hospitalarios fueron por enfermedades no transmisibles y entre las mujeres el porcentaje es 35.1; con respecto a la edad, entre la población de 65 años y más, 79.2% de los egresos hospitalarios fueron por enfermedades no transmisibles.

Además de los egresos hospitalarios, la mortalidad hospitalaria refleja la importancia de las enfermedades crónicas. En 2008 prácticamente la mitad (47.7%) de las muertes hospitalarias fueron del grupo de 65 años y más y 16.3% de las muertes hospitalarias en adultos mayores tuvieron como causa la diabetes mellitus.

Cuadro 2. Principales motivos de consulta en medicina familiar, de consulta de especialidad y de egreso hospitalario para el adulto mayor (65 años y más), 2010

| Panel A-Diagnóstico (principal) | Consultas de medicina familiar | Porcentaje |
|--|--------------------------------|------------|
| Enfermedades del corazón | 6,966,778 | 40.2 |
| Diabetes mellitus | 4,187,498 | 24.2 |
| Artrosis | 568,543 | 3.3 |
| Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | 351,534 | 2.0 |
| Infecciones respiratorias agudas | 319,241 | 1.8 |
| Hiperplasia de la próstata | 253,569 | 1.5 |
| Personas sanas que acuden a los servicios de salud por otros motivos | 240,866 | 1.4 |
| Traumatismos y envenenamientos | 210,388 | 1.2 |
| Gastritis y duodenitis | 182,148 | 1.1 |
| Dorsopatías | 175,337 | 1.0 |
| Otros | 3,860,172 | 22.3 |
| Total | 17,316,074 | 100 |

Carmen García-Peña
César González González

| Panel B-Diagnóstico (principal) | Consultas de especialidad | Porcentaje |
|--|---------------------------|------------|
| Enfermedades del corazón | 373,510 | 10.4 |
| Tumores malignos | 315,897 | 8.8 |
| Diabetes mellitus | 239,269 | 6.6 |
| Personas sanas que acuden a los servicios de salud por otros motivos | 216,012 | 6.0 |
| Cataratas | 170,357 | 4.7 |
| Hiperplasia de la próstata | 159,028 | 4.4 |
| Artrosis | 149,817 | 4.2 |
| Traumatismos y envenenamientos | 143,193 | 4.0 |
| Insuficiencia renal | 132,348 | 3.7 |
| Dorsopatías | 86,861 | 2.4 |
| Otros | 1,613,856 | 44.8 |
| Total | 3,600,148 | 100 |

| Panel C-Diagnóstico (principal) | Consultas de especialidad | Porcentaje |
|---|---------------------------|------------|
| Enfermedades del corazón | 49,500 | 12.9 |
| Traumatismos y envenenamientos | 35,049 | 9.1 |
| Diabetes mellitus | 28,941 | 7.5 |
| Tumores malignos | 24,429 | 6.4 |
| Insuficiencia renal | 24,041 | 6.3 |
| Enfermedades cerebro vasculares | 15,875 | 4.1 |
| Colelitiasis y colecistitis | 14,455 | 3.8 |
| Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas | 13,423 | 3.5 |
| Hernia de la cavidad abdominal | 10,444 | 2.7 |
| Influenza y neumonía | 9,854 | 2.6 |
| Otros | 158,222 | 41.2 |
| Total | 384,233 | 100 |

Fuente: DPM, IMSS.

Un análisis de los principales motivos de consulta en medicina familiar y en consulta de especialidades, así como egresos hospitalarios en el grupo de población de 65 años y más, hace evidente que la mayor carga es debida a enfermedades del corazón cuyo sustrato es la hipertensión arterial y la diabetes (Cuadro 2).

En el ámbito de la atención primaria, en el IMSS la diabetes es un evidente problema de salud pública.

Cuatro de cada diez consultas se otorgan a ancianos y la diabetes es la segunda causa de consulta por enfermedades crónicas, precedida únicamente por la hipertensión arterial.

Estas cifras dan una clara idea de la carga de la enfermedad crónica en términos de uso de los servicios de salud. Complementariamente, varias investigaciones han calculado el costo asociado con la diabetes. Por

ejemplo, Arredondo en 2011 estimó que la diabetes le costó a México 778.4 millones de dólares en 2010, señalando que cada paciente con diabetes le cuesta al sistema de salud 708 dólares en promedio.

En cuanto al costo para el paciente y la familia, según un ejercicio realizado por la Federación Mexicana de Diabetes,¹⁴ cuando el paciente sólo requiere algunos medicamentos gasta 1,217 pesos mensuales (14,600 pesos anuales), pero su gasto es mayor si la persona necesita de varios cuidados y medicamentos pues desembolsa 3,954 al mes (47,000 pesos anuales).

En México, se calculó que para el año 2005 el gasto en salud destinado a la diabetes mellitus tipo 2 sería de 28,238,104 dólares para el diagnóstico y la consulta médica, 62,940,675 para medicamentos, 18,870,467 para hospitalización y 52,194,257 para la atención de las complicaciones por diabetes mellitus tipo 2. De costos indirectos se estimó que el gasto sería de 317,631,206 dólares, o sea un total de 162,252,503 dólares por año.¹⁵

Con estas cifras se puede afirmar que el costo de atención de las enfermedades crónicas no tiene consenso, pero el hecho de que se requiere una mayor inversión en salud es claro. “Se requiere invertir más para atender las necesidades de salud de los mexicanos, movilizar los recursos mediante estrategias innovadoras y sustentables de ampliación y redistribución del gasto público en salud”.¹⁶

Perspectivas

En cuanto a la relación entre las variaciones de la estructura etaria (envejecimiento poblacional) y del gasto en salud, no se puede concluir que el gasto en salud se incrementará en la misma proporción que se incrementa la población en edades avanzadas, una población envejecida no necesariamente es una población enferma. Es la presencia de enfermedades crónicas, más que la edad, la razón por la cual los adultos mayores requieren más atención en salud; es decir, cuadros complejos de enfermedad, complicaciones, combinación de factores es lo que cuenta para el incremento en el gasto en salud.

La OCDE, recientemente,¹⁷ provee de descomposiciones del crecimiento del gasto público de salud (por gasto público, por el efecto de la edad y por el efecto del ingreso), tanto en retrospectiva como proyecciones para el año 2050. Para los países de la OCDE en su conjunto, el efecto de la edad representaba menos de una décima

parte del crecimiento de los gastos de atención de salud observados entre 1970 y 2002. En cuanto a las proyecciones, los autores subrayan que los factores no demográficos, incluidos cambios en la tecnología, son los factores más importantes en el aumento previsto.

Sin embargo, en México el envejecimiento demográfico muestra un incremento acelerado y sin duda esto incrementará los gastos de atención a la salud. Si la prevalencia de diabetes en población de 60 años y más es aproximadamente de 20% (Enasem), eso significa que uno de cada cinco hogares de adultos mayores tendrá que incurrir en gasto en salud debido a esta enfermedad. Además, al haber una proporción mayor de población envejecida y que la carga de la enfermedad crónica se incrementa después de los 60 años, una simple relación lineal supone que los gastos en salud aumentarán. Las repercusiones son variadas pero se resalta el hecho de que las enfermedades crónicas consumen una gran cantidad de recursos de atención a la salud (este grupo utiliza cuatro veces más los servicios de salud con respecto a los demás grupos de población) y que ponen en peligro la calidad de vida de los pacientes.

En ese sentido los datos del ISSSTE corroboran la presión que impondrá el envejecimiento en la operación y demanda de los servicios médicos: a) en el ISSSTE 2.8 de cada 100 personas menores de 65 años de edad requirieron hospitalización durante el 2009, mientras que 8.4 de cada 100 personas de 65 años y más lo requirieron; b) las consultas en el ISSSTE de adultos mayores a 65 años entre 2004 y 2009 crecieron 32%, mientras que en los menores de 65 años aumentaron un 8%. Por otra parte, los egresos hospitalarios se incrementaron en 26% para la población de 65 años y más y sólo en un 14% para los menores de 65 años en el mismo período. Esta demanda presiona de manera desigual a los servicios de especialidad, en mayor medida por una inadecuada distribución de los recursos humanos especializados de acuerdo con el perfil demográfico y epidemiológico de los derechohabientes del Instituto; c) en México, de acuerdo con datos del INEGI en el 2000, el 10.7% de la población mexicana con más de 60 años de edad reportó tener algún tipo de discapacidad (motriz, auditiva o visual) que pudieran requerir asistencia por parte de familiares o cuidadores pagados. Asimismo, se reportó que el 4.3% padeció algún grado de demencia.¹⁸

En la población de 60 años y más, a nivel individual, González y cols.,¹⁹ encuentran que entre los que tie-

nen al menos una enfermedad crónica diagnosticada, la probabilidad de recibir atención médica por morbilidad aguda, cuidados ambulatorios y ser hospitalizado es mayor que entre los que no tienen enfermedad crónica. Además señalan que el gasto promedio de hospitalización fue de 3,065 pesos y que ese promedio se incrementa a 225 pesos si tienen enfermedad crónica y a 2,115 pesos si el que se hospitalizó era un adulto mayor.

Los gastos privados en salud exponen a las familias a gastos catastróficos o gastos empobrecedores. De acuerdo con las cifras “en 2007, el gasto privado en salud concentró 54.6% del gasto total en salud. Alrededor de 93% de este gasto son pagos de bolsillo y 7% corresponde al pago de primas de seguros médicos privados”.¹⁵ “Se calcula que cada año alrededor de tres millones de hogares incurrir en gastos catastróficos y/o empobrecedores por motivos de salud”.¹² Además, “en 2007 el gasto en medicamentos en México representó 24% del gasto total en salud, es decir, 1.4% del PIB. La mayor parte de este gasto (75%) es gasto de bolsillo”.²⁰

Justo en ese sentido, “la encuesta del Enasem pregunta para la población de 60 años y más quién pagó la mayoría de los gastos de bolsillo en servicios de salud. En casi 30% de los casos, los hijos adultos pagaron la mayoría de los gastos, mientras que en 67% los encuestados o sus cónyuges fueron los principales contribuyentes”.²¹ Una vez más, si la probabilidad de tener una enfermedad crónica es mayor entre la población envejecida, eso significa que en este grupo de edad los gastos catastróficos o empobrecedores serán más frecuentes.

Además del costo financiero, el costo indirecto no debe ser ignorado. Las enfermedades crónicas como diabetes, cáncer, y ataque al corazón son las causas principales de discapacidad en México. “En el ámbito socioeconómico se describen pérdidas de 264 mil años de vida saludables por muertes prematuras y 171 mil por discapacidad en diabéticos de más de 45 años”.²² Andrade²³ estima la Esperanza de Vida con Diabetes, los resultados señalan que los hombres de 60 años y más vivirán otros 20.4 años, de los cuales 2.9 años (14.2%) vivirán con diabetes; la esperanza de vida a los 60 años para las mujeres es de 22.3 años, y se espera que 4.1 años (18.4%) los vivan con diabetes.

Alrededor de 40% de las 16 mil pensiones que otorga el Instituto IMSS al año se originan por complicaciones de la diabetes y otras enfermedades crónicas. El doctor Niels

Wacher Rodarte, jefe de la Unidad de Investigación de Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional (CMN) Siglo XXI, informó que 15.8% de las pensiones por invalidez son a causa de la diabetes.²⁴

Según datos de la Enasem, cerca de 20% de la población de 60 años y más con al menos una enfermedad crónica tiene algún tipo de limitación en las actividades básicas de la vida diaria. La discapacidad y síntomas de largo plazo que por lo general vienen con las enfermedades crónicas prolongan el dolor y el sufrimiento del individuo y la familia, asimismo se disminuye la calidad de vida general. Estimaciones de Conapo²⁵ señalan que un individuo que llegó sin discapacidad a los 60 años, vivirá en promedio 2.5 años con algún tipo de discapacidad. Esta cifra aumenta a 3.1 años en las mujeres.

En el reporte presentado por la OCDE¹⁷ donde analiza separadamente los costos en salud y en cuidados a largo plazo, y sus condicionantes para los próximos años discute que, posiblemente, el efecto combinado de distintas variables pueden resultar en predicciones distintas para los costos totales, tales como años libres de discapacidad, control de la obesidad, estilos de vida saludables y trabajo remunerado. El mayor número de años de vida significa que la calidad de vida de esa vida prolongada es un tema central para los individuos y las sociedades. Vidas más largas pueden representar vidas con mayor número de años en buena salud o vidas con mayor número de años enfermos y con discapacidad. Dado que los padecimientos crónicos aquí referidos tienen estratos que se sustentan en estilos de vida saludables, estrategias que impulsen años de vida saludables tienen definitivamente un rol fundamental para los sistemas de salud, de pensiones y para los esquemas de cuidados a largo plazo.

Conclusiones y recomendaciones

El creciente número de individuos de edad avanzada tiene implicaciones para el sistema de salud pública y se plantean exigencias sin precedentes en la prestación de asistencia sanitaria y servicios relacionados con el envejecimiento. En ese sentido, los esfuerzos para la promoción y prevención en salud son estrategias fundamentales en la búsqueda de mejorar el estado de salud de los adultos mayores.

La investigación ha demostrado que la relación entre el deterioro en el estado de salud y el envejecimiento no

es lineal. La condición de salud de los adultos mayores y los gastos asociados están condicionados por factores personales, familiares, económicos y sociales, entre ellos sexo, edad, lugar de residencia, escolaridad, la práctica de hábitos saludables, familia, entorno, disponibilidad de los servicios clínicos preventivos, etc.

También está condicionado por la presencia de enfermedades crónicas, la edad a la que se le diagnosticó al individuo, el número y la combinación. Las estrategias de prevención deben tomar en cuenta los factores de riesgo que incrementan las tasas de enfermedades crónicas, las cuales por su complejidad, larga duración, y complicaciones que genera incrementaran los costos de la atención a la salud. La prevención asegura la detección de la enfermedad en sus primeras etapas, en la actualidad se estima que cuando se realiza el diagnóstico de diabetes, la enfermedad ha tenido un tiempo de evolución entre 9 y 12 años, y se calcula que no han sido diagnosticados alrededor del 30% de diabéticos.¹⁴

Es importante considerar la enfermedad crónica por su asociación con la disminución en la calidad de vida, y en el bienestar físico y emocional de las personas que viven con este tipo de enfermedad; con las enfermedades crónicas se incrementa la dificultad para realizar las

actividades de la vida diaria, se genera dependencia y aumentan los gastos de atención a la salud.

La relación entre estado de salud y edad está variando, porque las tasas de enfermedad e incapacidad de las personas de edad se están modificando. Existe una gran cantidad de factores que juegan a favor y en contra del estado de salud al envejecer, entre ellos está la aparición más temprana de la enfermedad, mayor educación y mejor control de las enfermedades por parte de la población; mayor esperanza de vida pero con incrementos semejantes en el tiempo que se pasa con discapacidad, la inversión en salud, los salarios de los trabajadores, los costos administrativos, los tratamientos nuevos, la tecnología, el estado de salud actual de la población, entre otros factores que tienen un peso mayor que los demográficos.

No podemos afirmar que el gasto de atención a la salud se incrementará debido al envejecimiento demográfico. Tal y como se ha mencionado, existen otros factores que se interrelacionan y modulan dicho gasto. Ante esta situación, lo necesario es refinar las herramientas para una mejor estimación del costo de la enfermedad crónica, lo cual permitirá tener más elementos para tomar las decisiones adecuadas.

Referencias

1. World Health Organization, Global burden of disease 2002, Ginebra, WHO, 2002. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>.
2. Son siete las enfermedades que se consideran: hipertensión, diabetes, ataque al corazón, cáncer, enfermedad pulmonar, embolia y artritis.
3. Rulla, J. A.; Aguilar-Salinas, C.; Rojas, R.; Ríos-Torres, J. M.; Gómez-Pérez, F. J. y Olaiz, G., Epidemiology of type 2 diabetes in Mexico, Arch Intern. Med., 2005, 36: 188-196.
4. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México. Muertes registradas en el año 2001, Salud Pública Méx., 2002, 44: 571-578.
5. Olaiz, G.; Rojas, R.; Barquera, S.; Shamah, T.; Aguilar, C.; Cravioto, P., *et al.*, Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2, La salud de los adultos, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
6. Palma, O.; Shamah Levy, T.; Franco, A.; Olaiz, G. y Méndez-Ramírez, I., Metodología, en Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2006). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006:19-33.
7. Shamah-Levy, T.; Cuevas-Nasu, L.; Mundo-Rosas, V.; Morales-Ruán, C.; Cervantes-Turrubiates, L. y Villalpando-Hernández, S., Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional, Salud Pública Méx., 2008, 50: 383-389.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2010-2011.
9. Rodríguez, M. L. y Monereo, M. S. (coords.), El anciano con diabetes. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica/Sociedad Española de Endocrinología, 2002.
10. Carrasco, R.; Pérez-Cuevas, R.; Oviedo, M. y Reyes, H., Análisis de una década de investigación en hipertensión arterial en México (1990-2000), Gac. Med. Méx., 2004, 140: 611-618.
11. Velázquez, M. O.; Rosas, P. M.; Lara, E. A. y Pastelín, H. G., Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (Ensa) 2000, Arch. Cardiol. Méx., 2002, 72: 71-84.
12. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, México, Secretaría de Salud, 2007.
13. La diabetes. Diabetes mellitus, la primera causa de muerte en México en mujeres. Nota de periódico. Disponible en: <http://www.ladiabetes.net/13-diel-gasto-del-imss-lo-absorbe-la-diabetes-mexico/316>.
14. Diabetes una enfermedad costosa. Nota de periódico. CNNExpansión. Disponible en: <http://www.cnnexpansion.com/midinerio/2007/9/14/diabetes-un-elevado-costo>.
15. Alvear-Galindo, M. G. y Laurell, A. C., Consideraciones sobre el programa de detección de diabetes mellitus en población mexicana: el caso del Distrito Federal Cad Saúde Pública, Río de Janeiro, 2010, 26 (2): 299-310.
16. Funsalud, La salud en México: 2006/2012. Visión de Funsalud, México, D. R. Fundación Mexicana para la Salud.
17. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers? OECD Economics Department Working Papers, No. 477. OECD Publishing, 2006. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/736341548748>.
18. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Informe financiero y actuarial de 2010, México, ISSSTE.
19. González-González, C.; Sánchez-García, S.; Juárez-Cedillo, T.; Rosas-Carrasco, O.; Gutiérrez-Robledo, L. M. y García-Peña, C., Health care utilization in the elderly Mexican population: Expenditures and determinants, BMC Public Health, 2011; 11: 192.
20. Gómez-Dantés, O.; Sesma, S.; Becerril, V. M.; Knaul, F. M.; Arreola, H. y Frenk, J., Sistema de salud de México, Salud Pública Méx., 2011, 53 (Supl. 2): S220-S232.
21. Águila, E.; Díaz, C.; Manqing Fu, M.; Kapteyn, A. y Pierson, A., Envejecer en México: Condiciones de Vida y Salud, AARP/Centro Fox/Rand Corporation, 2011.
22. Hernández-Romieu, A. C.; Elnecavé-Olaiz, A.; Huerta-Urbe, N. y Reynoso-Noverón, N., Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México, Salud Pública Méx., 2011; 53: 34-39.

La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer

23. Andrade, F, Estimating diabetes and diabetes-free life expectancy in Mexico and seven major cities in Latin America and the Caribbean, Rev. Panam. Salud Pública, 2009, 26 (1): 9-16.
24. Por diabetes, cerca de 40% de las pensiones otorgadas por el IMSS. Nota del periódico *La Jornada*. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/10/16/sociedad/047n1soc>.
25. Consejo Nacional de Población, Envejecimiento de la población de México, Reto del siglo XXI, México, Conapo, 2004.

Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México¹

Mariana López Ortega*

Introducción

Desde el trabajo de Gompertz en la década de 1820 y su ley de mortalidad, la generación de distintas teorías sobre el estado de salud y mortalidad, y las más recientes estimaciones de años de vida saludable o vividos con discapacidad, es claro el creciente interés en la investigación científica y social para tratar de identificar el proceso por el cual la población transita a lo largo del curso de vida. De gran relevancia para el estudio del estado de salud fue el pronunciamiento de la Organización Mundial de la Salud y consecuente reconocimiento mundial de que el estado de salud significa mucho más que estar libre de enfermedad o no-morir.

A medida que estadísticas y encuestas periódicas y confiables han estado disponibles, los métodos para estimar el estado de salud de la población se transformó, pasando del conteo de eventos relevantes como nacimientos y muertes a la creación de complejas tablas de vida y medidas resumen de salud poblacional. Con el tiempo, las estimaciones han ido más allá al incluir el impacto de factores económicos y sociales, condiciones en la infancia, el estilo de vida, los factores medioambientales, entre otros, como importantes marcadores de la salud, la limitación y dependencia funcional, así como discapacidad en etapas avanzadas de la vida.

El contar con indicadores robustos y sistemáticos que den cuenta del estado de salud, funcionalidad y discapacidad de los adultos mayores es fundamental por diversas razones. Primero, por su papel fundamental en la planeación de políticas públicas integrales que

aborden la atención integral-preventiva, curativa y de apoyo en el hogar. Como herramienta o insumo en el costeo de programas e intervenciones para adultos mayores y de proyecciones de las necesidades en el futuro. Finalmente, como parte central en la planeación de la infraestructura material y de recursos humanos para la atención óptima (actual y futura) de los adultos mayores que permita brindar los servicios sociales, personales y de salud que necesita este grupo de la población.

En México, ante el acelerado proceso de envejecimiento, resultado fundamentalmente de las transiciones demográfica y epidemiológica, contar con un diagnóstico sobre las condiciones de salud, limitación funcional y discapacidad de los adultos mayores surge como una necesidad imperante. Esto permitirá contar con insumos de primera mano que fundamenten la planeación de estrategias que permitan alargar el período en que los adultos mayores viven libres de cualquier tipo de enfermedad y limitación funcional por una parte, y por otra, brindar atención óptima y de calidad a los adultos mayores que ya sufren algún tipo de padecimiento o limitación funcional.

Ante esta necesidad, este documento tiene la finalidad de introducir el tema de la limitación funcional y discapacidad y presentar un diagnóstico sobre estas condiciones en adultos mayores mexicanos. Un primer apartado después de la introducción presenta un breve resumen del marco teórico-conceptual que define estas condiciones. A continuación, se presentan las principales herramientas generadas para valorar y

*Doctora en Salud Pública. Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriatria.

medir la limitación y dependencia funcional. En el cuarto apartado se presentan datos disponibles sobre la condición de limitación funcional y discapacidad en adultos mayores en México. El apartado final contiene una reflexión sobre algunos retos de la dependencia funcional y el proceso de envejecimiento en el país, así como un primer acercamiento sobre cómo enfrentar estos retos.

Discapacidad: de un modelo médico a un modelo social

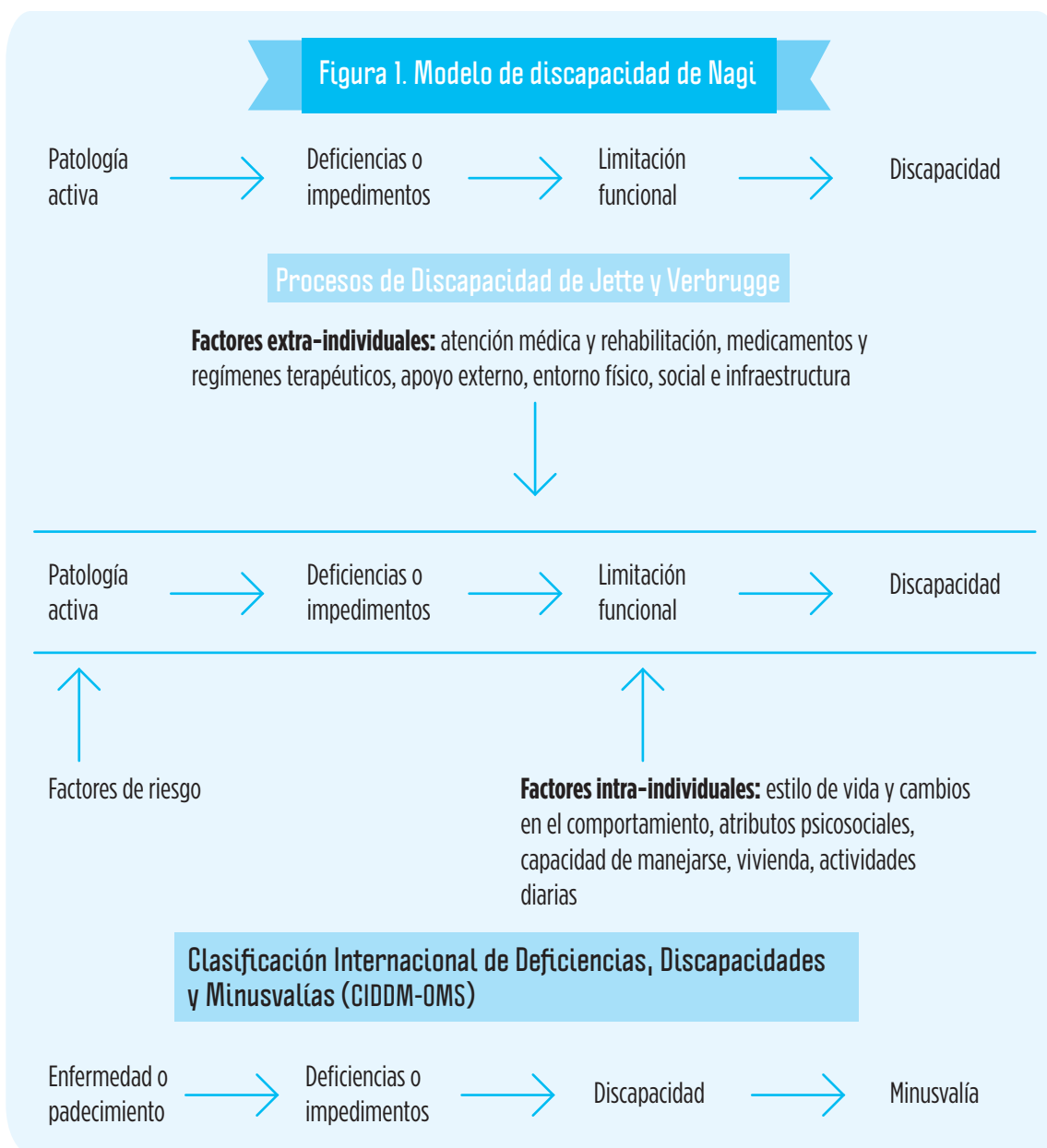
La relevancia de discutir las relaciones entre el proceso de envejecimiento, las enfermedades crónicas y la dependencia funcional en un contexto amplio generó un gran número de estudios empíricos a nivel mundial. Al tiempo que la investigación en servicios y políticas de salud continuaba desarrollándose se generaron indicadores que reflejaran con mayor precisión el estado de salud no sólo como incidencia y prevalencia de enfermedades, sino también su impacto en distintos aspectos como la dependencia funcional y la discapacidad.

Inicialmente, el estudio de la dependencia funcional y su relación con la edad y el proceso de envejecimiento se concentró en lo que se definió como Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). El concepto de ABVD fue creado por Katz y sus colegas como un grupo de funciones que con frecuencia se ven afectadas por diferentes eventos y pueden por lo tanto servir como marcadores de referencia para evaluar los efectos de la rehabilitación en pacientes con diversas afecciones. El concepto detrás del llamado Índice de Katz es que la funcionalidad ocurre en un orden particular en el que las funciones más complejas se deterioran y/o se pierden en primer orden.² Otros indicadores generados para medir ABVD y AIVD frecuentemente utilizados incluyen el Índice de Barthel para la Evaluación Funcional generado por Mahoney y Barthel³ y la Escala de Rosow y Breslau.⁴ El Índice de Barthel se generó originalmente para evaluar el nivel de dependencia funcional en las ABVD para enfermos crónicos hospitalizados y pacientes con parálisis, calificando su habilidad para realizar diferentes actividades. Rosow y Breslau, por su parte, generaron una escala tipo Guttman para medir habilidad funcional y salud en adultos mayores. En cuanto a las AIVD una escala frecuentemente utilizada, pionera en su clase, es

la Escala de Lawton y Brody, la cual evalúa dimensiones o actividades consideradas instrumentales para la vida independiente. En su perspectiva, el comportamiento humano varía en el grado de complejidad requerido para funcionar en distintas tareas, desde niveles sencillos o básicos hasta niveles altamente complejos de funcionalidad.⁵

Otros instrumentos para evaluar funcionalidad se han concentrado en la capacidad o incapacidad para realizar distintas actividades físicas y parten de marcos conceptuales más elaborados. Uno de estos modelos es el propuesto por Nagi,⁶ quien afirma que la limitación funcional implica restricciones en la habilidad de realizar actividades físicas usuales, en tanto que la discapacidad (*disability*) refiere a la dificultad o limitación en el desempeño de actividades en cualquier dominio y es una función de la interacción de los individuos con su entorno social. El Modelo de Discapacidad de Nagi, adaptado de la fuente original, se presenta en Figura 1. En él se observa la trayectoria que inicia al adquirirse una enfermedad o padecimiento al que llama “patología activa”, y transita hacia diferentes tipos o etapas del estado funcional. En este proceso Nagi describe que no todas las deficiencias o limitaciones funcionales se transforman rápidamente en discapacidad o dependencia en la misma manera, ya que patrones similares de dependencia pueden resultar de distintos tipos de padecimientos y limitaciones en la habilidad funcional, resaltando el impacto de los aspectos individuales y del entorno social que influyen en el proceso (Figura 1).

Otro marco conceptual de gran aceptación es el modelo del Proceso de Discapacidad de Verbrugge y Jette⁷ para concentrar la atención en los factores que predisponen a la discapacidad y la dependencia, e introducir factores que pueden tanto acelerar o frenar el proceso de discapacidad. Este modelo toma los conceptos básicos y sus definiciones utilizados por Nagi pero adicionalmente categoriza diferentes subdimensiones de factores sociales determinantes. Es un modelo dinámico que toma en cuenta factores internos y externos a los individuos como sus características demográficas y socioeconómicas, su estilo de vida, padecimientos o enfermedades crónicas, etc., así como factores medioambientales y sociales como actividades recreativas, participación social, redes familiares, entre otros. Estos factores influyen el proceso de discapacidad desde el inicio de una patología activa



hasta la dependencia funcional. Este modelo se puede observar en la Figura 1.

En el contexto de los organismos internacionales, uno de los principales esfuerzos en la conceptualización y valoración del proceso de discapacidad fue desarrollado por la Organización Mundial para la Salud (OMS) con la generación de su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM.⁸ El objetivo de esta clasificación fue proporcionar a los países una herramienta de evaluación de las consecuencias de la enfermedad y del proceso de discapacidad.

Desde la elaboración de su primera clasificación, la OMS constituyó un grupo de trabajo que de forma continua revisa el marco conceptual de la clasificación, recibe críticas y comentarios sobre su uso, conduce estudios de campo que llevaron a la generación de revisiones y nuevas clasificaciones como la CIDDM-Beta2 (ICIDH-Beta2) y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF.⁹ LA CIF cambió la forma en que se percibe la discapacidad al presentarlo no sólo como un problema de un grupo minoritario de personas con discapacidades visibles,

Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México

sino como una forma en que un gran número de personas viven con sus propias condiciones de salud y cómo esto puede mejorarse para lograr una vida plena y productiva. Notablemente, incluye como uno de sus mayores componentes los factores contextuales o aspectos sociales de la discapacidad como un mecanismo para documentar el impacto de entorno físico y social en la funcionalidad de una persona.¹⁰ Como se observa en la Figura 1, el proceso de discapacidad propuesto por la OMS también incluye una progresión lineal o trayectoria desde el inicio de una enfermedad o patología activa hacia distintos niveles de dificultad funcional.¹¹

Partiendo de estos modelos, distintos países han generado adaptaciones y/o modificaciones para conceptualizar la dependencia funcional y la discapacidad respondiendo a sus características o problemáticas particulares. Uno de los ejemplos más recientes es el de Puga González y Abellán García,¹² quienes generaron un modelo teórico sobre el proceso de discapacidad en España. Este modelo incluye las etapas hasta ahora presentadas en otros modelos, pero añade conceptos innovadores relevantes. En adición a la inclusión de la limitación funcional como una consecuencia de adquirir una patología o deficiencia biomédica, el modelo agrega la limitación emocional y la limitación cognitiva al esquema afirmando que más allá de la capacidad de hacer una cosa o no, existen limitaciones que no permitan al individuo realizar una actividad como el no tener fuerzas para hacerla, no saber hacerla, o haber perdido la capacidad de conocimiento para hacerlo, es decir, que existen otras trayectorias o caminos hacia la discapacidad que la trayectoria funcional. Actuando entre las acciones derivadas del proceso biológico o patológico y las actividades que finalmente realiza una persona, el modelo incluye la dimensión social de esta trayectoria, reconociendo que el proceso de transición hacia la discapacidad y dependencia no es un proceso aislado, estático, ni unidimensional, sino que existen factores sociales, individuales, y medioambientales que influyen —de manera positiva facilitando o negativa impidiendo— y determinan el desenlace del proceso.

En México, a partir del año 2000 se reconoce la importancia de generar un conocimiento detallado sobre las condiciones de limitación funcional y discapacidad en el país y de eliminar las barreras que reafirman y agudizan esta discapacidad. Dentro de la Secretaría de Salud se creó en el 2011 el Consejo Nacional para las

Personas con Discapacidad (Conadis) como mecanismo gubernamental de coordinación de todas las acciones que permitan la adopción de medidas relativas a la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas a nivel federal, estatal y local. Los antecedentes del Consejo incluyen entre otros, la creación de la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (ORPIS) en el 2000, la creación del Programa Nacional para la Atención de las Personas con Discapacidad 2001-2006 y la publicación de la Ley General para las Personas con Discapacidad en junio de 2005. En la actual administración se creó el Programa de Acción Específico para la Atención Integral a la Salud de las Personas con Discapacidad 2007-2012 cuyo objetivo general es prevenir la discapacidad y contribuir a que las personas que ya tienen alguna discapacidad puedan disfrutar de sus derechos, sin sufrir discriminación alguna, estableciendo políticas públicas, información, campañas de detección, atención médica, habilitación y rehabilitación. Adicionalmente, se publicó la Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad en junio de 2011.

En cuanto a los esfuerzos por contar con un diagnóstico preciso sobre las condiciones de la limitación funcional y la discapacidad en el país, a partir del año 2000 el Censo de Población y Vivienda incluye una batería de preguntas cuya finalidad es captar el total de población con una discapacidad total, así como la población con limitaciones moderadas o severas, ya sea para realizar distintas actividades o la pérdida de algunos sentidos como la vista y la audición, es decir, captar limitaciones moderadas o severas en tres áreas: motriz, sensorial y mental.¹³ Partiendo de la CIF de la OMS, el INEGI define *deficiencias* cuando un órgano o parte del cuerpo está afectado y *discapacidad* como las consecuencias que vive la persona afectada a raíz de una deficiencia.¹⁴

A nivel mundial, los avances en la conceptualización de la dependencia funcional y la discapacidad han sido importantes. Hoy en día se reconoce a la limitación funcional como primer paso y a la potencial discapacidad como etapa subsecuente en la definición del estado de salud y bienestar de las personas y en particular de los adultos mayores. Sólo en el momento en que derivado de problemas de salud la persona tiene dificultad en realizar su cuidado personal, actividades

de la vida diaria usuales, y dificultad para participar en diversas actividades como su ocupación principal, su trabajo, actividades recreativas o de participación social, hablamos entonces de discapacidad.

Valoración de la limitación y dependencia funcional

Desde la creación de los primeros marcos conceptuales para definir la dependencia funcional en la década de los 60, el rápido incremento en la generación de nuevas escalas de valoración en los 70 y su aplicación generalizada en el ámbito clínico y de estudios poblacionales a partir de los 80, se ha comprobado la utilidad y beneficios de utilizar estos métodos tanto en la investigación como en la práctica clínica habitual. Actualmente se ha señalado a la Valoración Geriátrica Integral (VGI) como instrumento idóneo para valorar la dependencia consecuencia del deterioro funcional en adultos mayores desde tres perspectivas fundamentales, la perspectiva biológica, la psicológica y la social.¹⁵ La VGI se creó como una herramienta integral que diera respuesta a la alta prevalencia en el adulto mayor de necesidades y problemas no diagnosticados, así como disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que son difíciles de captar en una valoración tradicional, permitiendo detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en tres esferas fundamentales para lograr su bienestar, la esfera clínica, la esfera funcional y la esfera social. Uno de los instrumentos de VGI pioneros fue generada por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.¹⁶

La valoración en la esfera clínica se basa en una valoración exhaustiva que incluya una entrevista clínica sobre los síndromes geriátricos más comunes, un historial sobre medicamentos y sus dosis, consumo de alimentos, y una exploración física integral. Derivado de la valoración de estas esferas, se realizarán pruebas de laboratorio o exámenes adicionales si el médico lo considera necesario. Mediante la valoración funcional se evalúa la capacidad del anciano para realizar sus actividades habituales y mantener la independencia en su entorno. La funcionalidad generalmente se mide evaluando si los individuos tienen dificultad para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Como se mencionó anteriormente existe una gran variedad de instrumentos para evaluar la

funcionalidad; entre los más utilizadas están el Índice de Katz de Independencia en Actividades de la Vida Diaria (AVD),² el Índice de Barthel,³ y el Índice de Lawton y Brody⁵ para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). A manera de resumen, el Cuadro 1 presenta una breve descripción de las principales escalas de valoración funcional del adulto mayor.

La tercera esfera se refiere a la valoración del estado de salud mental integral incluyendo demencia, enfermedad de Alzheimer, entre otros padecimientos. Esta esfera tiene como finalidad evaluar por una parte el estado cognitivo de los adultos mayores, así como la evaluación del estado afectivo como la depresión y la ansiedad y sus factores de riesgo. Es necesario que esta evaluación tome en consideración las características sociodemográficas del individuo: su nivel de escolaridad, ocupación, hábitos y factores de riesgo, antecedentes familiares, actividades diarias, etc. Existe un número importante de pruebas de valoración cognitiva, pero un número menor especializado en evaluar a adultos mayores. Entre las más utilizadas en población de 60 años y más están el Mini Mental State Examination (MMSE)¹⁷ y el Short Portable Mental Status (SPMS) de Pfeiffer.¹⁸ En cuanto a las escalas para medir depresión y ansiedad, las mayormente utilizadas para evaluar adultos mayores son la escala del Center for Epidemiologic Studies (CES-D)¹⁹ y la Escala de Depresión Geriátrica.²⁰

Un gran número de estudios clínicos han utilizado adicionalmente pruebas de desempeño para valorar de manera más objetiva el estado funcional de los adultos mayores. La escala utilizada más frecuentemente fue generada por Fried y colaboradores y tiene como finalidad brindar una definición operativa para el concepto de fragilidad en adultos mayores. La evaluación integral de desempeño incluye cinco ítems: pérdida no intencional de peso (5 kg en el último año), autorreporte de cansancio, estar exhausto; debilidad medida por fuerza de prensión; baja velocidad de la marcha; y poca actividad física.²¹

Limitación funcional y discapacidad en adultos mayores mexicanos

Hasta hace poco tiempo, la condición de los adultos mayores y sus características específicas eran escasamente estudiadas en México. Ante el acelerado proceso de envejecimiento en el país, la pertinencia de conocer con detalle la condición en que se encuentran los

Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México

| Cuadro 1. Principales escalas de valoración funcional del adulto mayor | | |
|--|--|--|
| Escala | Dominio | Herramienta para su valoración |
| Índice de Katz de Independencia en Actividades de la Vida Diaria | Valora la limitación funcional en Actividades Básicas de la Vida Diaria. Incluye 6 ítems: bañarse, vestirse, uso del escusado, capacidad de moverse, continencia urinaria y la capacidad de alimentarse por sí mismo. | Para cada actividad el individuo recibe un puntaje de independiente (1) o dependiente (0). Una calificación de 6 indica completa funcionalidad, 4 puntos indican pérdida moderada de la funcionalidad y 2 o menos indica pérdida severa de la funcionalidad. |
| Índice de Barthel | Valora la limitación funcional en Actividades Básicas de la Vida Diaria. La escala incluye 10 actividades: utilizar el escusado, comer, vestirse, aseo personal, caminar-moverse libremente, bañarse, transferencias de la cama al sillón/silla, subir/bajar escaleras, y continencia fecal, para un total de 10 actividades. | Cada actividad se valora de acuerdo con tres niveles de capacidad: Incapaz (0 puntos), Necesita algo de ayuda (5 puntos) o Independiente (10 puntos). El puntaje se suma y se generan cuatro categorías: Dependencia total (≤ 20 puntos), Dependencia severa (20 a 35 puntos), Dependencia moderada (40 a 55 puntos), y Dependencia leve (≥ 60 puntos). |
| Escala de Funcionalidad de Rosow-Breslau | Evalúa la habilidad para desempeñar actividades físicas que requieren movilidad y fuerza. La escala incluye 3 ítems: caminar 805 m (media milla), subir las escaleras y realizar tareas arduas en el hogar. | Los ítems tienen un puntaje de 1 o 0 y se califican dependiendo de si se puede o no realizar la actividad. La calificación mínima es cero puntos y la máxima es de 3 puntos. |
| Escala de Nagi | Valora actividades físicas específicas. La escala incluye 4 ítems: empujar o jalar objetos pesados; agacharse, estar en cuclillas o arrodillarse; extender o subir los brazos; y escribir o tomar objetos pequeños. | Las respuestas para cada ítem son: sin dificultad, poca dificultad, dificultad moderada, dificultad severa, no puede hacerlo. Por cada ítem con una respuesta diferente a "sin dificultad" se recibe un punto y la puntuación total es igual al número de ítems con esta respuesta (máximo cinco). |
| Índice de Lawton y Brody para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria | Valora la limitación con las actividades instrumentales de la vida diaria. Incluye 8 ítems: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, realizar las tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transporte, manejar los medicamentos correctamente y manejar las cuentas y el dinero. | El índice se califica de forma dicotómica (0-1) para indicar si se puede o no realizar una actividad. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total. Se utiliza principalmente en individuos viviendo en la comunidad. |

adultos mayores ha ido creciendo y es hoy en día fundamental para la planeación actual y futura de políticas públicas, estrategias, y acciones programáticas específicas encaminadas a lograr su bienestar.

Uno de los principales temas de estudio ha sido la estimación de la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida saludable y la esperanza de vida a partir de los 60 o 65 años de edad. De acuerdo con el Censo 2010, la esperanza de vida en México es actualmente de 75.4 años, 77.4 para las mujeres y 73.1 para los varones.²² Estudios

sobre la esperanza de vida saludable han mostrado que de acuerdo con el perfil de mortalidad en el año 2000 la esperanza de vida a los 60 años en México era de 22 años, cifra equiparable a lo observado en Europa o Estados Unidos. De éstos, se estimó que los hombres vivirán 5.7 años con una discapacidad o deficiencia funcional, mientras que para las mujeres el número de años es significativamente mayor con 8.7 años.²³

En cuanto a estudios sobre el estado de salud de los adultos mayores, históricamente en México éstos se

generaron con datos de encuestas nacionales de salud y estadísticas oficiales sobre morbilidad, incidencia y prevalencia de enfermedades, tasas de mortalidad y sus causas, entre otras. Otros estudios pequeños en grupos de población específicos o con condiciones particulares han contribuido como piezas del rompecabezas que define a los adultos mayores. No fue sino hasta la generación de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y El Caribe (Sabe) 2000 y del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem) 2001 y 2003 que se contó con información representativa a nivel estatal y/o nacional y su aportación al conocimiento del estado y las condiciones de los adultos mayores en el país ha sido invaluable.²⁴ La Enasem nos brinda un primer diagnóstico sobre la limitación funcional en una muestra representativa de los adultos mayores en México. De acuerdo con lo reportado en 2001, un 13% de los adultos mayores del estudio tiene dificultad en por lo menos una ABVD, y un 11.4% con dificultad con por lo menos una AIVD. Datos de un estudio reciente²⁵ muestran que aproximadamente 60% de las mujeres y 40% de los hombres reportan dificultad para realizar entre dos y cinco actividades por motivos de salud tanto para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Para las ABVD entre 63 y 68% de las mujeres reportan tener dificultad entre una y cinco actividades; mientras que para los hombres estos porcentajes oscilan entre 31 y 45%. Para las actividades instrumentales de la vida diaria entre 61 y 75% de las mujeres reportaron tener dificultad con entre una y cinco actividades, mientras que los porcentajes de hombres que reportan dificultad con estas actividades oscila entre 29% y varían entre 25 y 39%. Estas cifras muestran claramente que si bien las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, en general viven este mayor número de años con cuadros de comorbilidad importantes que limitan su funcionalidad. En consecuencia, se vive más pero con limitación funcional y mayor grado de dependencia, requiriendo de mayor atención en servicios sociales y de salud.

Como parte de ese mismo estudio se estimaron distintos modelos de regresión²⁶ para investigar los factores determinantes del estado de limitación funcional en esta muestra de adultos mayores mexicanos utilizando una adaptación de la escala de Lawton y Brody de auto-

mantenimiento físico,⁵ la cual evalúa tanto la funcionalidad en ABVD como en AIVD. Los resultados del análisis descriptivo del nivel de autonomía muestran que hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) en el nivel de habilidad para realizar ABVD entre aquellos que hubieron utilizado servicios hospitalarios o procedimientos quirúrgicos ambulatorios y los que no tuvieron estos eventos; aquellos que sufrieron una fractura en el año anterior al estudio; los que reportaron dolor constante; y para aquellos que reportan enfermedades crónicas que interfieren con sus actividades diarias. Asimismo, se encontraron diferencias significativas entre aquellos clasificados con depresión en cuanto a su nivel de dependencia y a medida que la edad avanza, particularmente en el grupo de setenta y cinco años y más.

Los resultados de los modelos de regresión indican un impacto positivo y significativo en la probabilidad de no poder realizar ABVD de los siguientes factores: haber estado hospitalizado en el último año, autorreporte de estado de salud regular o malo; y estar en el grupo de edad de 75 años y más. Aquellos que reportaron haber sufrido una fractura en el año previo tuvieron una probabilidad mucho menor de tener una puntuación alta en la escala, es decir, reportan menor habilidad para realizar estas actividades. Otro factor que aparece con gran impacto en la habilidad para realizar estas actividades es el haber sido clasificado con depresión, lo cual tiene un impacto negativo en la autonomía ($p < 0.001$). En cuanto al impacto de distintos factores de riesgo, el realizar actividad física o ejercicio de forma regular parece ejercer un efecto de "protección" al observarse un efecto positivo y estadísticamente positivo en la habilidad funcional y la conservación de la autonomía.

En cuanto a la autonomía o pérdida funcional en las AIVD los resultados del estudio reportan resultados similares siendo los factores con mayor impacto el haber sufrido una fractura en el año anterior al estudio, sufrir dolor de manera constante, un autorreporte de salud malo o regular, y haber sido clasificado con depresión, todos ejerciendo un efecto negativo en la autonomía funcional para realizar estas actividades ($p < 0.001$). En cuanto a características sociodemográficas de los adultos mayores que influyen su estado funcional relacionado con las AIVD, el grupo de 75 años y más presenta una menor probabilidad de colocarse en los niveles altos de la escala (mayor autonomía y funcionalidad). Por otra parte, aquellos que viven en áreas más urbanas (más

Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México

de 100,000 habitantes) tienen igualmente una menor probabilidad de estar en niveles altos de autonomía y funcionalidad. Finalmente, mientras que para la realización de ABVD, el nivel de educación formal no mostró impacto sobre la habilidad funcional, en los modelos de AIVD se observó que a mayor nivel educativo, la probabilidad de estar en niveles altos de funcionalidad es mayor. Así, comparado con aquellos que reportan no tener ninguna educación formal, aquellos con educación primaria o nivel secundaria y más tienen una mayor probabilidad de caer en los rangos altos de autonomía y funcionalidad ($p < 0.005$).

En el tema de discapacidad, como se mencionó anteriormente, una fuente reciente de gran relevancia es el Censo el cual a partir del 2000 incluyó preguntas para indagar sobre el total de personas con discapacidad total, así como la población con limitaciones moderadas o severas para realizar distintas actividades y/o la pérdida parcial o total de algunos sentidos como la vista y la audición. En el Censo 2010, 5,739,270 personas reportaron tener una dificultad permanente para realizar actividades diarias o tener problemas sensoriales, lo que representa 5.1% de la población total.

De este total, 39% reportaron tener esta limitación como consecuencia de alguna enfermedad; 23% por edad avanzada; 16% por herencia, adquirida durante el embarazo o al momento de nacer; 15% por lesiones a consecuencia de algún accidente y 8% debido a otras causas. Del total de personas que reportan condición de limitación en distintas actividades, 2,078,540 adultos de 60 años y más reportaron tener dificultad en por lo menos una actividad. Es decir aproximadamente 26% de personas en este rango de edad tienen dificultades derivadas de una limitación funcional o en alguno de los sentidos.

Por otra parte, al analizar la condición o tipo de limitación que reportan los adultos de 60 años y más se observa que mientras la proporción de adultos mayores con limitaciones para caminar o moverse es similar para los grupos, es en los adultos más viejos, particularmente en los grupos de 80 años y más los que concentran en mayor proporción limitaciones por condiciones de salud mental, limitaciones para poner atención o aprender nuevas tareas, lo cual se relaciona con su estado cognitivo, al igual que para realizar tareas de su cuidado personal. Estos datos son de consideración debido a las consecuencias

que puede tener en las necesidades de atención en salud y de servicios personales (Cuadro 2).

Finalmente, es importante notar que entre los adultos mayores, es a partir de los ochenta años cuando las limitaciones y la dependencia asociada se hacen más presentes. De acuerdo con datos del Censo 2010, con excepción de la capacidad visual o pérdida de visión y de hablar o comunicarse que tienen una incidencia y prevalencia significativa desde edades tempranas o al nacimiento, para el resto de actividades registradas como dificultad para hablar o comunicarse, en atender el cuidado personal, poner atención o aprender nuevas tareas y caminar o moverse, es en el grupo de 80 a 84 años de edad en el que las limitaciones cobran especial relevancia.²²

Aunado a las limitaciones funcionales, es de especial interés notar el incremento en la prevalencia de deterioro cognitivo, ya que estudios recientes han mostrado prevalencias de demencia de hasta 6.1% en el grupo de 60 años y más y de 28.7% de prevalencia nacional de deterioro cognitivo sin demencia.²⁷

Conclusiones

Este capítulo ha presentado un resumen sobre los principales marcos conceptuales sobre dependencia funcional y discapacidad, las principales herramientas para valorarlas, así como un primer acercamiento a las condiciones de funcionalidad y discapacidad en los adultos mayores mexicanos. Al realizar esta revisión fue interesante notar que aun cuando hay un gran interés sobre el tema, no hay un consenso universal sobre su definición y la mejor forma para valorarlas. Como una respuesta a esta incertidumbre y la sentida necesidad de contar con una idea más clara sobre las distintas etapas y condiciones que caracterizan la transición de una buena a mala salud y eventualmente la muerte, se ha generado una creciente discusión de expertos sobre la dinámica de estos procesos, la causalidad entre la dependencia funcional y la discapacidad, la direccionalidad de esta causalidad, y sus determinantes tanto biomédicos como sociales. Importantes pasos han dado los expertos para tratar de explicar o clarificar la confusión entre comorbilidad o multipatologías, limitación funcional, dependencia y discapacidad, con la esperanza que el distinguirlos correctamente podrá mejorar un diagnóstico correcto y el desarrollo de

| Cuadro 2. Adultos mayores por grupos quinquenales de edad según tipo de limitación en la actividad, México, 2010 | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|----------|----------------------|-----------------------------|---------------------------|---------|--------------------------------|-----------------|
| Grupo de edad (años) | Población total * | Con limitación en la actividad | | | | | | | | Sin limitación en la actividad | No especificado |
| | | Total | Caminar o moverse | Ver | Escuchar | Hablar o comunicarse | Atender el cuidado personal | Poner atención o aprender | Mental | | |
| Total | 112,336,538 | 4,527,784 | 2,437,397 | 1,292,201 | 498,640 | 401,534 | 229,029 | 209,306 | 448,873 | 105,646,736 | 2,162,018 |
| 60-64 | 3,116,466 | 357,223 | 225,781 | 113,287 | 31,570 | 12,067 | 11,584 | 5,147 | 12,454 | 2,741,638 | 17,605 |
| 65-69 | 2,317,265 | 357,977 | 239,130 | 105,363 | 37,215 | 11,494 | 12,880 | 5,359 | 10,277 | 1,946,543 | 12,745 |
| 70-74 | 1,873,934 | 393,191 | 271,913 | 108,432 | 51,788 | 12,995 | 16,173 | 6,609 | 10,748 | 1,470,172 | 10,571 |
| 75-79 | 1,245,483 | 348,651 | 246,190 | 93,357 | 55,073 | 12,242 | 17,763 | 7,003 | 10,359 | 889,820 | 7,012 |
| 80-84 | 798,936 | 288,236 | 206,914 | 76,138 | 57,163 | 11,568 | 20,161 | 7,838 | 9,819 | 505,774 | 4,926 |
| 85 y más | 703,295 | 333,262 | 245,368 | 93,353 | 83,001 | 18,103 | 41,032 | 14,591 | 13,886 | 365,293 | 4,740 |

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del Cuestionario Básico. Fecha de elaboración: 08/02/2011.

* Nota: incluye una estimación de población a nivel nacional de 1,344,585 personas que corresponden a 448,195 viviendas sin información de ocupantes.

Limitación funcional y discapacidad: conceptos, medición y diagnóstico. Una introducción a la situación en México

estrategias preventivas y tratamientos adecuados y efectivos.

En este sentido, parece indispensable revisar el impacto que tienen la expansión de la enfermedad crónica y la dependencia funcional ante el proceso de envejecimiento de la población en el país, sobre el sistema de salud y la atención a los adultos mayores. Por una parte, estos cambios ocasionan mayores y distintas necesidades en salud, que demandan atención y presionan los servicios ahora escasos y poco eficientes en la atención de este grupo de la población envejecida, generando una brecha entre las necesidades, la demanda de servicios y su financiamiento. Hoy en día, un problema fundamental en la atención a los adultos mayores en el país es la ausencia de servicios que brinden cuidados de larga duración, bajo distintas modalidades, así como de normas que regulen e instancias que supervisen dichos servicios. Por otra parte, el modelo actual de atención médica basada en acciones predominantemente curativas, de atención a casos agudos y/o crónicos y alta dependencia en la alta tecnología, lo cual incrementa los costos y hace poco eficiente la atención al no basarse en las necesidades individuales y diarias de las personas, con resultados de baja calidad en la atención.

Existen además retos en otros ámbitos como el de brindar protección social a través de las instituciones de seguridad social a todas las personas y no sólo a aquellas que tienen un empleo formal. Asimismo, trabajar para que los beneficios que se proveen se modifiquen para incluir estrategias específicas para apoyar a los adultos mayores en materia de salud, servicios sociales y personales, que respondan a sus necesidades.

Para la sociedad en su conjunto, en quien tradicionalmente ha recaído la mayor parte de los cuidados en el hogar incluida la salud de los adultos mayores, estos cambios representan retos importantes y deben ser punto de partida en la planeación e implementación de las políticas y estrategias que se diseñen para este grupo de la población.

Debido a la condición multifactorial que envuelve al proceso de envejecimiento a nivel individual y poblacional, es indispensable generar estrategias que de igual manera tengan un enfoque multidimensional, que aborde todos los factores que intervienen en este proceso y que involucre a las distintas instituciones pú-

blicas, y privadas (tanto lucrativas como no lucrativas, incluidas las asociaciones civiles) relacionadas.

Un ejemplo claro lo encontramos en la colaboración entre el sector salud y el sector de desarrollo social para que, aunado a la atención médica óptima, se brinden servicios sociales y de apoyo personal a los adultos mayores, así como apoyo a sus familiares o cuidadores principales para disminuir los costos directos e indirectos que sobre ellos se generan. Esto demanda reformas a los servicios de salud basados en el primer nivel de atención y que estén más orientados hacia la atención preventiva. En paralelo, se requiere generar nuevos servicios ahora prácticamente inexistentes como servicios sociales y personales en el hogar del adulto mayor enfermo o en rehabilitación; apoyo a familiares y cuidadores principales con cuidadores de apoyo en casa o estrategias de “respiro” para brindar descanso a los cuidadores, así como de cuidados paliativos para pacientes terminales, entre otros. Es decir, estrategias para reemplazar o por lo menos disminuir la carga de este trabajo que hasta ahora se ha hecho en los hogares por los familiares.

Asimismo, es necesario empezar a considerar la posibilidad de generar opciones que brinden apoyo institucional de mediano y largo plazo para aquellos adultos mayores que por no tener quien los apoye en casa o por sus condiciones de salud funcional o mental no puedan permanecer en su ámbito habitual. Las residencias públicas para adultos mayores y los apartamentos tutelados, que han surgido como alternativas para estos casos en otros países, podrían considerarse como opciones valorando condicionantes fundamentales como su aceptabilidad entre la potencial población usuaria, sus costos, así como la legislación y normatividad requeridas para su implementación y supervisión.

Para iniciar el trabajo hacia el diseño e implementación del conjunto de servicios sociales que atiendan a los adultos mayores de forma individual con los recursos adecuados se recomiendan las siguientes acciones:

- a. Generar un diagnóstico de la dependencia funcional y sus costos. Es necesario contar con información detallada sobre los individuos mayores que ahora padecen limitaciones funcionales, sensoriales y

- mentales actualmente, para poder partir de ahí y generar proyecciones de lo que puede implicar esta carga en el futuro. Es imprescindible que adicionalmente se realice un análisis de los costos que esta dependencia genera hoy en día para el sistema de salud.
- b. Generar estudios a nivel nacional sobre la carga de los cuidados informales a los adultos mayores en nuestro país. En este sentido, es necesario conocer con detalle quién está realizando estos cuidados, qué tipo de apoyo realizan los cuidadores, ya sea financiero o el tipo de actividades que realizan, así como los costos directos e indirectos asociados por realizar estos cuidados. En resumen, conocer la realidad de los cuidadores informales y las actividades que realizan nos permitirán contar con información de primera mano sobre lo que se necesitaría cubrir con estrategias de apoyo social, personal y médico en casa.
 - c. Generar nuevos campos de desarrollo profesional y recursos humanos en el campo del apoyo social y personal para los adultos mayores. Ante el crecimiento de este grupo de población y las necesidades particulares de atención que requieren, es necesario generar nuevos recursos humanos y campos de desarrollo profesional que respondan a estas nuevas necesidades tanto en el ámbito médico en las instituciones de atención, como para el apoyo en el hogar a través de programas de cuidados de larga duración. El país tiene todavía un gran número de jóvenes que pudieran desarrollarse en este campo haciéndolo atractivo para ellos como función de apoyo y mediante programas de desarrollo profesional adecuados.
 - d. Generar estrategias para el fomento de trabajo social y voluntario para el apoyo a los adultos mayores. Las estrategias formales y el grueso de los recursos humanos dedicados a llevar a cabo los programas recomendados, pueden beneficiarse del apoyo de voluntarios que dediquen parte de su tiempo a acciones específicas, pero también del apoyo técnico y/o financiero de otras instancias en el ámbito privado, tanto lucrativo como no lucrativo.
 - e. Modificaciones a las leyes de seguridad social y del trabajo y previsión social para hacer compatibles las tareas de cuidados en el hogar con el trabajo formal. Se debe considerar incorporar derechos que permitan realizar cuidados a un familiar o cónyuge mayor dependiente y sin perder su remuneración.
 - f. Considerar la creación de un sistema de atención a la dependencia. Como se ha hecho en otros países, se recomienda revisar algunas propuestas ya existentes y considerar la factibilidad y sustentabilidad de un sistema *ad hoc* para nuestro país.
 - g. Retomar los esfuerzos de colaboración del sector social ampliado en el país que permita desarrollar políticas públicas y programas de atención socio-sanitaria para los adultos mayores a lo largo del proceso de envejecimiento, fomentando el envejecimiento saludable pero apoyando de manera óptima a aquellos que ya requieren de apoyo social y atención en salud.

Referencias

1. Este documento fue elaborado a partir de los capítulos *Conceptualisation and measurement of health, frailty, and disability* y *Determinants of disability in a sample of the ageing Mexican population* de mi tesis doctoral. La información fue actualizada con datos de fuentes más recientes. Agradezco el extraordinario y constante apoyo de mi supervisor John Cairns a lo largo de mi doctorado, así como los comentarios y excelentes sugerencias a mi tesis por parte de mis examinadores, el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo y el Dr. Martin Knapp. Adicionalmente, agradezco el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Conacyt, que me otorgó una beca para realizar mi doctorado.
2. Katz, S.; Ford, A. B.; Moskowitz, R. W.; Jackson, B. A. y Jaffe, M. W., Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function, *Journal of The American Medical Association*, 1963, 185: 914-919.
3. McDowell, I. (ed.), *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford University Press, 2006.
4. Rosow, I. y Breslau, N., A Guttman Health Scale for the Aged. *Journal of Gerontology*, 1966, 21: 556-559.
5. Lawton, M. y Brody, E., Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living, *Gerontologist*, 1969, 9 (3): 179-86.
6. Nagi, S. Z., An Epidemiology of Disability among Adults in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 1976, 54: 439-467.
7. Verbrugge, L. y Jette, A., The Disablement Process, *Soc. Sci. Med.*, 1994, 38: 1-14.
8. World Health Organisation. *The International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, A Manual Relating to the Consequences of Disease*, Ginebra, WHO, 1980.
9. World Health Organization. *ICIDH-2: International Classification of Functioning and Disability, Beta-2 Draft, Full Version*, Ginebra, WHO, 1999.
10. World Health Organisation. Introduction. In: *International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF)*, Ginebra, WHO, 2001.
11. Jette, A. M., Toward a common language for function, disability and health, *Physical Therapy*, 2006, 86 (5).
12. Puga, G. M. D. y Abellán, G. A., *El proceso de discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Alcobendas, Madrid, Fundación Pfizer, 2004.
13. La pregunta censal busca obtener información sobre las discapacidades moderadas a severas de carácter permanente o de larga duración, definidas como aquellas que durarán por más de seis meses o se espera van a durar al menos ese tiempo. Aun cuando la batería de preguntas en el Censo 2010 varía con respecto al Censo 2000, ambos representan un primer diagnóstico sobre la prevalencia de limitaciones funcionales, sensoriales y discapacidad en el país.
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Clasificación de Tipo de Discapacidad*, México, INEGI, s/f.
15. Cristófol, A. R., El reto de la dependencia. Valoración y Proyecciones, en Moragas Moragas, R. (ed.), *El reto de la dependencia al envejecer*, Barcelona, Herder, 1999.
16. Sanjoaquin, R. A. C., Fernández, A. E., Mesa, L. M. P. y García-Arilla, C. E., *Valoración Geriátrica Integral*. En: *Tratado de Geriátrica para Residentes*, Madrid, SEEG, 2006.
17. Folstein, M. F.; Folstein, S. E. y McHugh, P. R., Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J. Psychiatr. Res.*, 1975, 12: 189-198.
18. Pfeiffer, E., A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients, *Journal of American Geriatrics Society*, 1975, 23: 433-441.
19. Radloff, L. S., The CES-D Scale. A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population, *Applied Psychological Measurement*, 1977, 1 (3): 385-401.
20. Yesavage, J. A.; Brink, T. L.; Rose, T. L.; Lum, O.; Huang, V.; Adey, M. B. y Leirer, V. O., Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report, *J. Psychiatr. Res.*, 1983, 17: 37-49.
21. Fried, L. P.; Tangen, C. M.; Walston, J.; Newman, A. B.; Hirsch, C.; Gottdiener, J., *et al.*, For the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in Older Adults. Evidence for a Phenotype, *J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.*, 2001, 56 (3): M146-M157.

22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo de Población y vivienda: tabuladores del cuestionario básico, México, INEGI, 2001.
23. Ham-Chande, R., Esperanzas de vida y expectativas de salud, Reunión Regional sobre Envejecimiento y Salud, 2003.
24. Uno de los primeros resultados se plasmó en la publicación de un número especial de la revista Salud Pública de México el cual presentó un primer englobado de las principales condiciones que aquejan a los adultos mayores en nuestro país y su situación.
25. López-Ortega, M., Ageing in Mexico: Modeling health and frailty and its relationship to the use of health services and the supply of informal care. Londres, 2009. Tesis presentada a la London School of Hygiene and Tropical Medicine para obtención de grado de Doctora en Salud Pública y Políticas de Salud (Public Health and Policy, PhD).
26. Se estimaron modelos Probit Bivariados y Probit Ordenados de forma separada para investigar los factores determinantes de dependencia funcional en ABVD y AIVD. Se presentan los resultados de los modelos Probit Ordenados, estos modelos se definen por una variable categórica con más de dos categorías indicando un ordenamiento de las respuestas. El ordenamiento indica una progresión pero la distancia entre cada categoría no está definida o fija como con las medidas cardinales. Las categorías se definieron de acuerdo con la puntuación de la Escala de Lawton y Brody con categorías de 0 a 5 para ABVD y de 0 a 4 para AIVD, de menor a mayor funcionalidad y autonomía. Las actividades incluidas son, para ABVD: comer por sí solo, vestirse, caminar o moverse, bañarse e incontinencia; para AIVD se incluyeron: habilidad para preparar un alimento caliente, comprar sus víveres, tomar sus medicamentos y manejar su dinero y sus cuentas.
27. Mejía-Arango, S. y Gutiérrez, L. M., Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study, *J. Aging Health*, 2011, 23 (7): 1050-1074.



El maltrato de las personas de edad

Liliana Giraldo Rodríguez*

Introducción

No pasa una semana sin que haya alguna referencia en la prensa nacional o revistas médicas sobre malos tratos en población infantil, y creo que es hora de que todos nos demos cuenta de que las personas mayores también son a veces deliberadamente maltratadas.

Tengo conocimiento personal de los casos en los que ha sido posible confirmar que los pacientes ancianos han sido maltratados por sus familiares antes de su ingreso al hospital y en el que no ha habido ninguna duda de que el maltrato fue deliberado. En otros casos se ha sospechado de maltrato en casa, pero no puede ser confirmado... A menudo, el tipo de paciente en el que es muy alta la sospecha de maltrato, tiene alguna deficiencia mental. De ninguna manera se debe consentir el maltrato de ancianos por parte de sus familiares, estoy seguro de que es una manifestación más de la inadecuada atención que se les da, sobre todo en aquellos casos donde un solo familiar se queda con la tarea de lidiar con ellos sin ayuda y sin el apoyo de nosotros.

No es de extrañar, en estas circunstancias, que el maltrato se convierta en casi una consecuencia natural de servicios inadecuados. Tal vez los médicos generales deben ser tan conscientes del maltrato a personas mayores, ya que son conscientes del maltrato infantil.

Las enfermeras de la comunidad, los visitantes de salud y los trabajadores sociales también deben tener esta conciencia de "cuidar a los ancianos".

G. R. Burston (1975)¹

La atención y prevención del fenómeno del maltrato de personas mayores es, sin duda, un gran reto que une en

un solo tema aspectos del ámbito social y de la salud (se entiende por personas mayores a las mayores de 60 años); tanto sus causas como sus consecuencias son diversas y complejas e incluyen factores individuales, familiares, sociales y culturales. Desde hace muchos años, en prácticamente todo el mundo se ha indagado sobre las formas que asume la violencia en niños, niñas, mujeres y, de manera reciente, en personas adultas mayores. Aunado a esto, desde principios de los años ochenta, el campo de la salud pública ha pasado a ser un recurso valioso en la respuesta a la violencia. De ahí que una amplia gama de profesionales de la salud e investigadores han procurado comprender las raíces de la violencia y evitar que ésta surja.²

La violencia, así como el maltrato, es un importante problema social y de salud pública por las graves consecuencias, que tiene en la salud física y mental, para el bienestar, y en el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países, tanto a corto como a largo plazo.

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. En respuesta a dicha resolución, la Organización Mundial de la Salud emitió en 2002 el primer *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, con el objetivo de aumentar la conciencia acerca del problema de la violencia en el mundo, y dejar claro que la violencia puede prevenirse y que la salud pública tiene el cometido fundamental de abordar sus causas

*Maestra en Estudios de Población. Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriatria.

y consecuencias. Dentro de las temáticas abordadas se destacó el maltrato de las personas mayores.²

El presente trabajo tiene por objetivo dar a conocer la forma como se comporta el maltrato en personas mayores, para aportar en la estrategia de atención, prevención e investigación sobre esta problemática. Para tal fin, el documento se encuentra organizado en cuatro apartados de la siguiente manera: en primer lugar, se da cuenta de las definiciones, tipos de maltrato hacia los adultos mayores y la relación con la salud pública; en segundo término, se muestra la magnitud del problema a través de diferentes fuentes de información; en tercer lugar, se presentan los factores de riesgo conocidos que se asocian con el maltrato; el cuarto y último apartado versa sobre las posibilidades de intervención para prevenir y reducir el maltrato de personas mayores.

El maltrato a personas mayores

Hace apenas algunos años, el maltrato de personas mayores era considerado como un asunto privado; sin embargo, a medida que aumentó el grado de sensibilidad social ante el fenómeno de la violencia, el maltrato hacia este grupo específico de la población comenzó a adquirir reconocimiento como problema social y de salud pública por las graves consecuencias que generaba para la salud física y mental, para el bienestar y la calidad de vida de las personas que lo padecían.²⁻⁵

En las últimas décadas algunos países han comenzado a desarrollar acciones desde lo social, la salud pública y la justicia penal para hacer frente a este problema. El creciente interés que se ha dado en los últimos años hacia el tema del maltrato de personas mayores, tiene que ver, principalmente, por su interrelación con tres aspectos: en primer lugar, el proceso progresivo de envejecimiento de las poblaciones; en segundo término, la creciente sensibilización respecto de los derechos humanos de hombres y mujeres y, por último, la necesidad de acabar con las inequidades que se manifiestan de manera importante en el conjunto de la población y donde los sistemas de salud tienen un papel central en la promoción de la equidad.⁶ Sin embargo, el primer aspecto aquí mencionado, que hace alusión al incremento relativo y absoluto de la población en edades avanzadas, a su vez se relaciona con otros aspectos tales como una mayor esperanza de vida, cambios importantes en la salud de las personas, las responsabilidades del cuidado, el cambio en las relaciones familiares e interpersonales, así como el aumento del número de personas mayores que

requieren cuidados a largo plazo. Los aspectos planteados pueden estar relacionados con la ocurrencia y severidad del maltrato de personas mayores, así como con un probable aumento de la prevalencia en los próximos decenios si no se desarrollan acciones preventivas.

Definición y tipos de maltrato a personas mayores

El maltrato hacia las personas mayores puede tener características comunes con la violencia familiar; sin embargo, se trata de dos fenómenos muy diferentes. El problema muchas veces radica en las contradicciones que se evidencian en la literatura sobre el maltrato de personas mayores, ya que la diversidad de definiciones e interpretaciones dadas por los campos del conocimiento sobre el término en sí mismo lleva a la falta de una definición que satisfaga los requisitos de fiabilidad y aplicabilidad clínica, social, así como legal.

Y es que a pesar de ser un tema que ha sido investigado desde hace más de tres décadas, aún existe controversia en torno al término “maltrato de personas mayores”; es así que en la literatura se encuentran estudios que utilizan términos como el de violencia, abandono, abuso y negligencia hacia personas mayores. Asimismo, no hay un consenso sobre los diferentes tipos de maltrato y las líneas divisorias entre uno y otro, o sobre las diferentes acciones que caracterizan a cada tipo de maltrato. La falta de una definición refleja las diferentes teorías en las que las investigaciones y las intervenciones se han basado en los últimos 25 años.⁷⁻⁸ Es así entonces que un obstáculo importante para la comprensión del maltrato de personas mayores ha sido el uso de muy diversas (y a veces mal construidas) definiciones y tipologías.⁹⁻¹⁰

La Asociación Médica Americana (AMA) define el maltrato y la negligencia en personas mayores como todo “acto u omisión que provoca en el anciano daño o temor hacia su salud o bienestar”. Desde esta definición se considera que el maltrato no sólo son los actos dañinos, sino también los que potencialmente se pueden producir o cuando la persona mayor se siente amenazada.¹¹

En el año 2002 expertos en el tema elaboraron la “Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores”. En ella se propone una definición de maltrato que supera muchas de las limitaciones que se habían detectado, además de representar un marco universal y útil para comprender el tema del maltrato y, de esta forma, avanzar en su comprensión.

El maltrato a las personas mayores es un acto único o repetido, o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión.¹²

La anterior definición reconoce que una acción de maltrato puede ser aislada o repetitiva; el punto medular consiste en que dicha acción, independientemente de las veces en que suceda, causa daño y/o angustia y tiene un efecto perjudicial para la persona adulta mayor. Otro elemento que incluye esta definición es el de “expectativa de confianza”, la cual alude a una relación donde debiese existir un trato especialmente cuidadoso, que incluye todo tipo de relación con familiares, amigos, vecinos o cuidadores. También supone que pueden ser actos intencionales y premeditados o por desconocimiento sobre la forma en que se debe tratar y atender a una persona mayor y que pueden ser vistos como omisión, descuido o negligencia. La falta de una acción apropiada puede contemplar la ausencia de un cuidador para satisfacer las necesidades básicas de la persona mayor, en especial en aquellos casos en donde se requiere debido a los cambios en la salud física y mental.

En México no existe una definición de maltrato de personas mayores; sin embargo, en la legislación se utiliza el término de violencia.¹³ Es así que en las Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud, la NOM-190, tiene que ver con la prestación de servicios de salud y los criterios para la atención médica de la violencia familiar; ésta se define como el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física– en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. La violencia familiar da cuenta del: *abandono*, como el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud; del *maltrato físico*, como el acto de agresión que causa daño físico; del *maltrato psicológico*, como la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos; del *maltrato sexual*, como la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la rea-

lización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.¹⁴

Estas características se aplican a todos los grupos de la población incluidas las personas mayores. Dicha definición contempla cuatro tipologías en las cuales no se incluye el abuso económico.

Lo importante de las anteriores definiciones y de la que posiblemente adopte México, está en el acuerdo general que se pueda dar sobre el alcance de las acciones que están cubiertas por el término, ya que como se ha mencionado en otros estudios sobre violencia, en la investigación como en la práctica no siempre están claras las líneas divisorias entre los diferentes tipos de maltrato. Asimismo, se debe tener en cuenta que el maltrato de personas mayores abarca tanto el abuso como la negligencia. De ahí la importancia de tener una buena definición, ya que ésta es esencial para medir la incidencia o prevalencia del fenómeno, así como para medir los beneficios y alcances de las diferentes intervenciones que se puedan desarrollar.

Aunado a lo anterior, es fundamental reconocer que el maltrato de personas mayores es un fenómeno multidimensional y heterogéneo, por lo tanto, es difícil hablar de maltrato como si fuera un fenómeno único.

Aunque existen diversas definiciones, a nivel internacional pareciera haber mayor consenso en relación con los siguientes tipos de maltrato de personas mayores: el físico, el psicológico o emocional, el económico, la negligencia y el sexual.^{2,12,15-17} A continuación se describirá cada uno de ellos.

Maltrato físico: incluye los actos realizados con la intención de causar dolor físico o lesiones, ejercer coerción física o restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas.

Maltrato psicológico o emocional: se define como los actos realizados con la intención de causar dolor, sufrimiento o trauma psíquico-emocional.

Maltrato económico o explotación material: consiste en la apropiación indebida o en forma ilícita de dinero, propiedades o recursos de la persona mayor.

Negligencia: reconocida como la falta de acciones para satisfacer las necesidades de una persona mayor dependiente, entre ellas, la presencia de un cuidador. También

se entiende como el negarse a cumplir con la obligación de atender a una persona mayor. Esto puede entrañar o no la tentativa, consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional a la persona mayor.

Abuso sexual: incluye cualquier contacto sexual no deseado en el que una persona mayor es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

Es importante mencionar, además de las definiciones y los tipos de maltrato, que estas acciones pueden tener lugar en el hogar por miembros de la familia, el cónyuge, los amigos, los cuidadores o trabajadores de cuidado en el hogar. Por tanto, el maltrato a la persona mayor por definición incluiría también la violencia de pareja, ya sea física, sexual, psicológica o financiera. De igual forma, el maltrato puede darse en otros espacios, por parte de los profesionales de las instituciones de salud, de servicios sociales y residencias, entre otras.

Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que la persona adulta mayor será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro en su salud física y mental, así como en su calidad de vida.¹⁸

El maltrato de personas mayores como asunto de salud pública

El maltrato de personas mayores es un problema generalizado que afecta a todas las sociedades y países del mundo y que merece la atención de los profesionales de la salud, entre ellos los médicos que proporcionan atención a este grupo de la población, así como de los servicios sociales y del público en general. Como ya se señaló, en 1996 la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto de la resolución WHA49.25, declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo y pidió a la Organización Mundial de la Salud que elaborara una tipología de la violencia para caracterizar los diferentes tipos que existen y los vínculos entre ellos. Hay pocas clasificaciones taxonómicas y ninguna es completa.¹⁹

El informe de la OMS sobre violencia y salud dio un lugar destacado al maltrato de personas mayores (véase capítulo 5 del informe) y puso de relieve la amplia gama de actividades perjudiciales que caracteriza a este fenómeno. Los ejemplos van desde el maltrato físico a los ostracismos sistemáticos de personas mayores de las

tribus de países menos desarrollados (como es el caso de las mujeres de Tanzania acusadas de brujería y las personas abandonadas por las sequías o hambrunas).² Asimismo, este organismo reconoce que el maltrato es un fenómeno culturalmente definido que refleja las diferencias entre valores, normas y comportamientos interpersonales inaceptables.²⁰

Planteado lo anterior, se hace necesario contar con un enfoque de salud pública para la prevención del maltrato de personas mayores. La evidencia actual sugiere que se requiere de estrategias coordinadas para prevenir el maltrato, tanto en contextos comunitarios o institucionales. A partir de las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud y de los centros para el control y prevención de enfermedades, comienza a darse un acuerdo sobre la importancia de adoptar un enfoque de salud pública para prevenir los comportamientos violentos, entre ellos el maltrato de personas mayores.²¹

En este sentido, Post y cols.²¹ mencionan que el enfoque de salud pública para la prevención de la violencia es un proceso de cuatro pasos: el primero consiste en definir el problema a través de la recopilación sistemática de datos sobre el alcance y consecuencias de la violencia; el segundo establece qué tipo de violencia se produce y supone la determinación de las causas y correlatos, los factores que aumentan o disminuyen el riesgo y los factores modificables; el tercero trata de descubrir lo que funciona para prevenir la violencia mediante el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones; y el último paso de la estrategia de salud pública de prevención de la violencia es la implementación de intervenciones efectivas en una amplia gama de configuraciones y seguimientos de su impacto y costo-efectividad.

El enfoque de salud pública es indispensable y útil para la comprensión, la atención y la prevención del problema del maltrato de personas mayores. Se requiere entonces, generar estrategias unificadas para recopilar de manera sistemática datos sobre casos de maltrato según sus diferentes tipologías en todas las instituciones sociales, judiciales y de salud donde son atendidas las personas mayores. Por otro lado, se requiere analizar dicha información y, a su vez, realizar más investigación sobre el tema para la búsqueda de las causas y factores de riesgo asociados con el maltrato de personas mayores. Estos dos pasos permitirán de-

sarrollar adecuadas intervenciones en población mexicana contemplando aspectos culturales, entre otros. Una vez puesta en marcha estas intervenciones se complementan con evaluaciones para medir los beneficios y alcances de dichas intervenciones. Por la misma complejidad del fenómeno, resulta necesaria la participación de profesionales de diversas disciplinas, por ejemplo, la medicina, la justicia penal, la economía, la sociología, entre otras.

Magnitud del problema del maltrato de personas mayores

La prevención del maltrato de personas mayores, según el enfoque de salud pública, empieza con una descripción de la magnitud del problema y de sus repercusiones. En este sentido, diversos estudios se han realizado en todo el mundo para obtener datos que permitan aproximarnos a la prevalencia del maltrato de personas mayores.²² Algunos de estos estudios cuentan con definiciones consensuadas y métodos de investigación científicamente aceptables. Gran parte de los estudios publicados vienen de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y otros países europeos, situación que está empezando a incidir en México ya que en la última década se ha tenido un avance en la investigación, así como en el desarrollo de estrategias para la atención y la prevención del maltrato de personas mayores.

La información derivada de diversos estudios a nivel mundial muestra una amplia gama de cifras con respecto a la prevalencia general del maltrato, así como a la relacionada con cada tipología. Estas discrepancias en cuanto a resultados, a decir de varios analistas, se han atribuido a las diferencias metodológicas,²³⁻²⁴ a la ausencia de definiciones uniformes,²⁵ instrumentos de medición y a factores culturales.²⁶

Una investigación realizada en la Universidad de Oxford, a partir de diferentes trabajos, mostró que la prevalencia del maltrato de personas mayores oscilaba entre 3.2 y 27.5%.²² Por otro lado, aunque varios estudios han identificado el abuso psicológico como el tipo más común y frecuente del maltrato de personas mayores,²⁷⁻³⁰ otros han llegado a la conclusión que lo es el maltrato físico,³¹ el abuso económico y/o financiero,³² o el abandono.³³

Actualmente, aunque existen pocos estudios que analizan el maltrato de personas mayores que viven en residencias gerontológicas, los resultados muestran pre-

valencias mayores a las que se reportan en población que no se encuentra institucionalizada. Es así que investigaciones recientes en Estados Unidos revelan tasas superiores a 21%.³⁴ Por otro lado, se presume que, en el mejor de los casos, sólo 1 de cada 15 situaciones de maltrato son denunciadas ante alguna instancia social o judicial, esto debido a diversos factores entre los que sobresale en primer lugar la resistencia de las propias personas mayores a denunciar o hacer visible el problema del maltrato, así como el aislamiento de las personas mayores y muchas veces también de su cuidador, la falta de leyes, falta de información y la subdeclaración o no convencimiento de la gente—incluyendo a los profesionales—para reportar casos sospechosos de maltrato.²⁰ Desafortunadamente, por estas y otras razones más, existen pocos datos disponibles en las instituciones de salud, judiciales y de servicios sociales.

Independientemente de la configuración, las tasas de prevalencia calculadas hasta este momento son de enorme preocupación porque el maltrato se asocia con mucho dolor y sufrimiento y reduce la calidad de vida y la supervivencia de la persona.

El caso de México

En el análisis de la magnitud del problema del maltrato de personas mayores se puede recurrir a la utilización de diversas fuentes de datos con el fin de tener una aproximación a su alcance y magnitud. En primer lugar, se analizarán las estadísticas vitales, las cuales ofrecen información de las causas de muerte por actos violentos como son los homicidios, suicidios y accidentes, con la limitante de que los datos no revelan aquellas muertes que se atribuyen a situaciones de maltrato; sin embargo, se tomará como referencia los homicidios donde las personas mayores son las víctimas y las caídas como parte de un acercamiento a lo que podría ser un situación asociada con la negligencia. En segundo lugar, se analizarán algunos estudios cuantitativos que incluyen el tema del maltrato de personas mayores, estos estudios ofrecen un conjunto de datos más completo, aunque pueden estar influenciados por el sesgo de respuesta y la metodología empleada. A continuación se presentan datos de estas dos fuentes de información.

Estadísticas vitales

A partir de las estadísticas vitales³⁵ se pueden analizar las muertes por causa violenta. En 2009, en México se

registraron 564,673 defunciones, de las cuales 67,409 (11.8%) fueron accidentales y violentas. De las defunciones accidentales y violentas, 58.5% corresponde a accidentes, 29.4% a homicidios, 7.7% a suicidios y 4.3% de los casos se ignora la causa de muerte violenta.

La tasa de mortalidad por homicidio es un indicador que nos puede aproximar al fenómeno del maltrato, aunque no represente la magnitud del problema. En este sentido, la tasa ajustada por edad de mortalidad por homicidio para personas con 60 y más años de edad en 2009 fue de 13.4 por 100,000 habitantes, es decir, cerca de 1,216 personas de este grupo de edad mueren por homicidio cada año en México, de los cuales 39.9% tienen lugar en el hogar, 36.5% en la vía pública y 11.2% en otros espacios. Las estimaciones encontradas en otros estudios en población no mexicana sugieren que un miembro de la familia comete 30% de las muertes por homicidio de personas mayores.³⁶⁻³⁸ En México existe una mala declaración o registro de información en las estadísticas vitales, lo que conlleva a una subestimación en la medición de los homicidios y más grave aún, en el registro de la condición de violencia familiar que especifica si existió violencia familiar o violencia no familiar cuando fue un homicidio. Según los datos, sólo 1.2% de los homicidios de personas mayores son con violencia familiar, 7.4% con violencia no familiar —en donde pueden estar implicados los cuidadores— y 91.4% no se encuentra especificado, puede ser que las formas insidiosas de maltrato generalmente pasan desapercibidas.

Por otro lado, como se menciona en el primer *Informe mundial sobre la violencia y la salud*,² las tasas probables de maltrato de los ancianos, tanto en los ámbitos comunitarios como institucionales, quizá sean mayores de lo que permiten inferir las estadísticas generales recopiladas por los países sobre los actos de violencia. Las defunciones de las personas mayores, tanto en los ámbitos institucionales como en la comunidad, se atribuyen muchas veces a causas naturales, accidentes o motivos indeterminados, cuando en realidad pueden ser consecuencia del maltrato o el descuido.²

En los casos de muertes por accidentes, en donde la intención no está determinada, la población adulta mayor presenta la tasa más alta por esta causa de muerte y una parte de este porcentaje puede ser atribuida a maltrato y de manera específica a negligencia o descuido (Gráfica 1).

Encuestas sobre maltrato de personas mayores

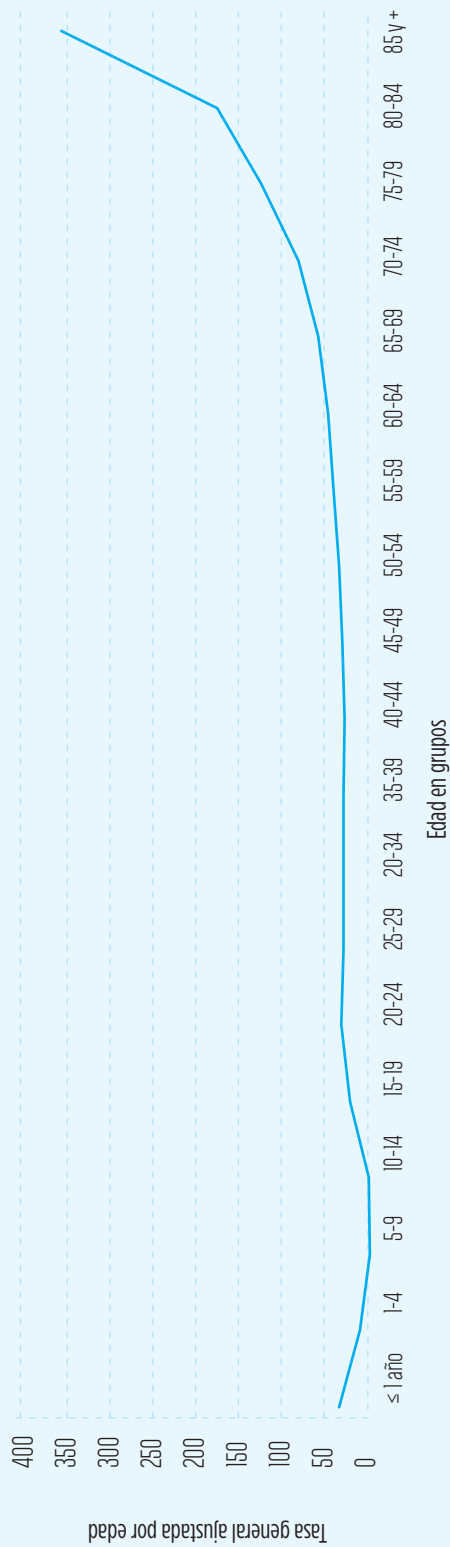
México presenta ligeros avances en la investigación, en el reconocimiento clínico y social, así como en el ámbito de la justicia del maltrato de personas mayores. Los principales estudios publicados provienen del área de las ciencias sociales y se evidencia una ausencia de publicaciones del área médica a pesar de que es bastante común que el maltrato de personas mayores se detecte en la práctica clínica.

Las publicaciones relacionadas con el tema del maltrato de personas mayores provienen de estudios que han utilizado diversas metodologías para tener una aproximación y comprensión del fenómeno al maltrato en población mexicana, algunos de ellos son locales y con muestras no representativas. Pese a ello, han permitido abrir el camino para la realización de otros estudios a una mayor escala sin alcanzar todavía la realización de investigaciones epidemiológicas de casos y controles, con muestras representativas a nivel nacional o con diseños longitudinales.

Existen, sin embargo, estimaciones de la frecuencia del maltrato de personas mayores que viven en México, encontrándose así un rango que oscila entre 8.1 y 18.6%. Los resultados que a continuación se presentan corresponden a tres estudios que se caracterizan por tener una base empírica científicamente aceptable sobre el maltrato de personas mayores en el entorno familiar, es decir, por miembros de la familia y otras personas de confianza.

El primer estudio que dio cuenta de la violencia hacia las personas mayores deriva de la Encuesta Nacional sobre Violencia Intrafamiliar (Envif), que se realizó en 1999. Esta encuesta consideró a la violencia intrafamiliar como el uso de la fuerza física y/o moral en contra de los residentes del hogar por otro u otros residentes, en la forma de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y abuso sexual, bajo diferentes manifestaciones y actos. Su objetivo principal fue el de obtener información sobre el número de hogares y personas en situaciones de maltrato emocional, intimidación, abuso físico y abuso sexual. Los resultados de esta encuesta mostraron para el área metropolitana de la Ciudad de México que incluye población del área rural y urbana que en 18.6% de los hogares encuestados se identificaron casos de violencia hacia las persona mayores (60 y más años de edad), de los cuales 18.1% fue de tipo emocional, 2.3% intimidación, 1.6% física y 0.1% abuso sexual.

Gráfica 1. Tasa general ajustada por edad de las muertes por accidentes en población mexicana, 2009



Fuente: estadísticas de mortalidad para 2009, INEGI. Consejo Nacional de Población, Proyecciones de Población 2005-2030, Conapo.

El maltrato de las personas de edad

Un segundo estudio —realizado en 2005 y que toma como referencia la definición de violencia planteada por la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999— da cuenta del fenómeno de la violencia hacia personas mayores que viven en un área rural. Este estudio fue transversal con una muestra aleatoria que incluyó a personas mayores no institucionalizadas, adscritas al Hospital Rural IMSS-Oportunidades de Ocozocoautla (Chiapas, México). Se encontró una prevalencia global de 8.1% y una prevalencias por tipo de violencia, en la que destaca el maltrato psicológico, el cual fue el más predominante (7.0%), seguido del físico (3.4%), el económico (2.2%) y el abuso sexual (0.6%).³⁹

Un tercer estudio —realizado en el 2006 y que utiliza la definición de maltrato emitida en la Declaración de Toronto (2002)— presenta una aproximación mucho más real al fenómeno del maltrato de personas mayores que viven en un área urbana. Este trabajo fue descriptivo de corte transversal, a partir de una muestra probabilística y representativa de la población adulta mayor (60 años y más) residente en hogares privados de la Ciudad de México. Se recolectó información sobre la prevalencia del maltrato ocurrido en el último año, la cual alcanzó un valor de 16.2%, es decir, aproximadamente dieciséis personas mayores por cada cien que vivían en la Ciudad de México sufrieron algún tipo de maltrato en el último año. En concreto, 12.7% fueron víctimas de maltrato psicológico, 3.9% de económico, 3.7% de físico, 3.5% de negligencia y abandono y 1% de abuso sexual.³⁰

El Cuadro 1 muestra de manera resumida los resultados de los tres estudios que hablan de la prevalencia del maltrato en general y de cada tipo según haya sido considerado.

Los anteriores tres estudios expuestos en este artículo se caracterizan por tener un diseño metodológico aceptable; sin embargo, difieren en los resultados obtenidos respecto a la prevalencia del maltrato de personas mayores (Cuadro 1). Estas diferencias tienen que ver con cuestiones netamente metodológicas ya que los estudios tomaron como unidad de análisis a población adulta mayor de diferentes áreas rural, urbana y mixta. Pese a esta selección de la población, aún se desconoce si existen diferencias en el comportamiento del maltrato en población mexicana rural o urbana. Más allá de esta apreciación, un elemento que incide de manera importante en los resultados tiene que ver con la definición que se utilizó en cada estudio, dos de ellos parten del concepto de violencia familiar y otro del de maltrato a personas mayores; por ejemplo, el primero de ellos no contempla el maltrato económico, ni la negligencia y el segundo no incluyó la negligencia. Del mismo modo, los instrumentos o escalas utilizadas difieren respecto a los tipos de maltrato y al número de preguntas empleadas para cada tipo de maltrato. Pueden existir otras razones que expliquen las diferencias en los resultados que arrojan estos estudios, pero por cuestiones de tiempo y espacio están fuera del alcance de este artículo.

Cuadro 1. Prevalencia del maltrato de personas adultas mayores en México

| Tipo de maltrato | 1 Prevalencia área rural/ urbana n=5. 175 Área metropolitana de la Ciudad de México | 2 Prevalencia área rural n=1.079 Chiapas | 3 Prevalencia área urbana n=625 Ciudad de México |
|------------------|--|---|---|
| Total | 18.6% | 8.1% | 16.2% |
| Psicológico | 18.1% | 7.0% | 12.7% |
| Físico | 1.6% | 3.4% | 3.9% |
| Económico | -- | 2.2% | 3.7% |
| Negligencia | -- | -- | 3.5% |
| Sexual | 0.1% | 0.6% | 1.0% |

1. Encuesta Nacional sobre Violencia Intrafamiliar (Envif, 1999).

2. Prevalencia y factores asociados con violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México, 2005).

3. Maltrato de personas adultas mayores: una caracterización sociodemográfica en la Ciudad de México, 2006.

Factores de riesgo

Conocer los factores de riesgo del maltrato de personas mayores es importante para identificar a las posibles víctimas e intervenir en una fase temprana y de esta forma prevenir o detener el maltrato. El maltrato de personas mayores se asocia con resultados adversos, incluidos entre ellos la mortalidad; desafortunadamente sigue siendo poco reconocido y reportado. En los últimos años la investigación en el tema ha permitido identificar una serie de factores de riesgo, entendidos éstos como una característica –personal, familiar, social– cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno.⁴⁰

Sin embargo, la capacidad de predecir el maltrato de personas mayores a través de los estudios de factores de riesgo se ha visto obstaculizada debido a la ausencia de definiciones más precisas y a la utilización de modelos teóricos que no han sido probados empíricamente. En consecuencia, algunos factores de riesgo citados en la literatura a menudo carecen de sustento empírico y se limitan a reflejar los supuestos de los modelos teóricos.⁴¹

A pesar de lo anterior, se pueden identificar algunos de los factores de riesgo asociados con el maltrato y que no necesariamente son las causas, sino que intervienen en el maltrato de personas mayores, y que son los más identificados en la literatura sobre el tema.

Factores individuales

La mayoría de los estudios desarrollados hasta la fecha, se han centrado en la identificación de las características de las víctimas y de los responsables que incrementan la probabilidad de que éste se convierta en víctima o agresor. En la investigación del maltrato de personas mayores, algunos autores coinciden en afirmar que son las características del agresor, no las de la víctima, las que incrementan el riesgo de que se dé una situación de maltrato. Desde esta perspectiva, cualquier persona mayor podría convertirse en víctima de violencia si se encuentra con un individuo con ciertas características.⁴²

Por lo anterior, es posible identificar en la literatura una serie de factores personales de la víctima y del agresor que intervienen en el maltrato de personas mayores. A continuación se presentan los más relevantes.

De la víctima

Sexo: el maltrato es un problema que afecta a hombres y mujeres adultas mayores, sin embargo, la mayoría de estudios han revelado que las mujeres mayores son más susceptibles al maltrato.⁴³⁻⁴⁸

Edad: se ha encontrado que el riesgo de sufrir maltrato aumenta con la edad en hombres y en mujeres, ya sea maltrato a nivel general o un tipo de maltrato en particular.^{42,49} Generalmente, el incremento en la prevalencia del maltrato se detecta a partir de los 75 años de edad para mujeres así como para hombres.

Salud: diferentes estudios sobre maltrato han encontrado que una mala percepción del estado de salud (valoración subjetiva de la salud) se relaciona con vivir maltrato.^{48,50} Asimismo, el maltrato se asocia con más visitas al área de emergencia.^{29,51}

Salud mental: se ha encontrado de manera frecuente en población adulta mayor que sufre maltrato la presencia de síntomas de depresión, ideación suicida, ansiedad, somatización y signos de disfunción social.^{29,48,51-52}

Dependencia funcional en actividades básicas: algunos estudios han encontrado que las personas que fueron maltratadas presentan mayores niveles de dependencia para el cuidado o para la realización de las actividades de la vida diaria,⁵³ o que la prevalencia del maltrato aumenta con la dependencia y la discapacidad.⁵⁴⁻⁵⁵

Del responsable

Sexo: numerosos estudios han encontrado un porcentaje mayor de hombres que de mujeres entre los responsables del maltrato,⁵⁴ especialmente en los casos de abuso sexual, en los que éstos representan cerca de 100%.³⁰

Baja autoestima y depresión: el cuidado de una persona adulta mayor en condiciones poco favorables para ambos, afecta tanto al cuidador como a la persona adulta mayor, algunos estudios han encontrado baja autoestima y síntomas depresivos en los cuidadores de personas mayores que reportan maltrato.⁵⁶

Estrés: algunos estudios consideran que el nivel de estrés de quienes cuidan a una persona de edad está asociado con el maltrato de personas mayores.^{57,58} Si bien la mayoría de la gente ve en el maltrato a una víctima dependiente y a una persona agobiada que la cuida, hay cada vez más datos probatorios de que ninguno de

El maltrato de las personas de edad

estos dos factores permite explicar en forma adecuada los casos de maltrato, por lo tanto el estrés puede ser un factor coadyuvante en los casos de maltrato, pero no explica por sí mismo este fenómeno.² Aunque algunos investigadores no descartan que el estrés sea uno de los componentes, ahora suelen tenerlo en cuenta en un contexto más amplio, en el que la calidad de la relación en general es un factor causal.⁵⁹⁻⁶¹

Salud: algunos estudios que se han enfocado en las características de los cuidadores y responsables del maltrato de personas mayores, han encontrado que los antecedentes de trastornos mentales o emocionales son más frecuentes en este grupo de población.⁶²

Factores asociados con el entorno

Son pocos los estudios que hablan sobre este tipo de factores por la dificultad que encierra. En la literatura hay una ausencia de investigaciones empíricas que demuestren relaciones o asociaciones entre factores ambientales y el maltrato de personas mayores. Sin embargo, no se puede desconocer su existencia y dejar de mencionar algunos de ellos: los conflictos familiares, historias de violencia intrafamiliar, o personas que han sufrido abusos en el pasado, son elementos que algunas

veces están presentes en la historia de vida de las personas mayores que sufren maltrato,⁶³ aislamiento social,⁶⁴ entre otros.

El Cuadro 2 presenta un resumen de los diferentes factores de riesgo del maltrato de personas mayores, que se han encontrado en población mexicana.

En el análisis de las causas o factores de riesgo del maltrato de personas mayores se debe tener en cuenta las limitaciones que han tenido los diversos estudios. En primer lugar, existen las limitaciones inherentes al diseño del estudio, los diseños transversales son los que han predominado en la investigación sobre el tema del maltrato, por lo tanto, los resultados encontrados implican que se hable de asociaciones y no relaciones causales. En segundo lugar, por el tipo de población estudiada y los métodos de selección o inclusión al estudio, los resultados no pueden generalizarse a los adultos mayores con déficits cognitivos, a los que residen en contextos institucionalizados, y para los que viven en las zonas rurales. En tercer y último lugar, y no menos importante, el maltrato de personas mayores es un fenómeno que está influenciado por los patrones culturales de la comunidad de referencia, el momento histórico y el entorno sociocultural en el que se encuentra este grupo poblacional, entonces los factores

Cuadro 2. Factores de riesgo asociados con el maltrato en población adulta mayor mexicana

| Nivel | Principales factores de riesgo |
|----------------------|--|
| Individual (víctima) | Sexo femenino Mayor de 74 años de edad (para hombres y mujeres) Presencia de alguna enfermedad Deterioro cognitivo Depresión Dependencia física |
| Relacionales | Dependencia económica (alojamiento/vivienda) del responsable sobre la víctima Relaciones conflictivas Disfunción familiar Ausencia de redes sociales y de apoyo social Pérdida de autonomía y libertad |
| Comunitario | Aislamiento social, la persona adulta mayor vive sola con el responsable y ambos tienen pocos contactos sociales La falta de apoyo social: ausencia de recursos de apoyo social |
| Social | Discriminación por edad Otras formas de discriminación: el sexismo y el racismo |

Fuente: Estudio sobre violencia familiar en adultos mayores de Ocozacoautla (Chiapas, México, 2005).²⁹
Maltrato de personas adultas mayores: una caracterización sociodemográfica en la Ciudad de México, 2006.³⁰

de riesgo encontrados no se pueden generalizar y es muy probable que éstos cambien según la población y el momento marcado por el tiempo en el que viven las personas.

Posibilidades de intervención para prevenir y reducir el maltrato de personas mayores

Para prevenir y reducir el maltrato de personas mayores se requiere del desarrollo y puesta en marcha de intervenciones basadas en la evidencia. Diversos países han diseñado acciones para hacer frente a esta problemática, algunas de ellas tienen como objetivo reducir los factores de riesgo del maltrato (por ejemplo, el estrés del cuidador, la falta de apoyo social para los cuidadores, etc.). En este sentido, se han diseñado programas o acciones dirigidas a la víctima, al responsable, a los cuidadores, a las personas que trabajan con personas mayores, así como la creación de servicios de protección, apoyo legal, psicológico y educativo, líneas de ayuda, refugios de emergencia, entre otros.⁶⁵

Según Sethi,⁶⁵ en la región europea se han desarrollado una serie de intervenciones con el fin de hacer frente al maltrato, entre ellas se encuentran: las campañas de información pública, las cuales tienen por objetivo crear conciencia sobre el problema del maltrato de personas mayores en toda la sociedad a través del uso de los medios de comunicación como la televisión, la radio, materiales impresos y sitios web. A través de estas campañas se puede también ofrecer información de los servicios de apoyo disponibles, sobre las actitudes positivas hacia las personas mayores y medidas para prevenir y reducir el maltrato. El uso de los medios de comunicación puede ayudar también a convertir un problema muchas veces oculto en algo más sensible y menos tolerable dentro de la sociedad. En segundo lugar, desarrollar programas de capacitación para los profesionales de la atención social y de la salud, con el fin de concientizarlos sobre el tema del maltrato y mejorar la capacidad para identificar y abordar con eficacia los casos sospechosos. En tercer término, crear programas intergeneracionales para influir no sólo en las actitudes personales, sino también, a través de la discusión en grupo y de la interacción, en las actitudes y estereotipos sociales.

Los anteriores ejemplos evidencian la multiplicidad de posibilidades de intervención para prevenir y reducir el maltrato de personas mayores. Lo que muestra la literatura es que se pueden desarrollar intervenciones en diferentes niveles, por ejemplo, desde la perspectiva de salud, un enfoque dirigido a la prevención del maltrato se centra en la mejora de la práctica profesional a través de métodos tales como la elaboración de directrices y protocolos de atención, apoyo y derivación. Desde la atención primaria se requiere realizar una entrevista clínica, explorar signos físicos, explorar actitudes y estado emocional e investigar sobre algunas señales de alerta.

Y desde la perspectiva social, es necesario trabajar no solamente en campañas de información, como se mencionó anteriormente, sino que también se requiere desarrollar acciones encaminadas a la familia, a la tarea del cuidado y al cuidador de la persona mayor. En este sentido, ya se ha comenzado a llamar la atención sobre una serie de acciones que van desde el reconocimiento legal de la figura del cuidador familiar, el desarrollo de servicios sociales que puedan apoyar y descargar parcial o definitivamente al cuidador mediante servicios de ayuda a domicilio, estancias temporales en residencias, centros de día, entre otros.

Aunado a lo anterior, es fundamental también desarrollar estrategias para las personas mayores víctimas del maltrato. En este sentido, generar grupos de ayuda o apoyo para personas maltratadas, informar sobre sus derechos y lugares a donde recurrir, atención médica más personalizada, asistencia domiciliaria, servicios de protección, entre otros. De igual forma se debe trabajar con los responsables dándoles asesoría individual, apoyo para reducir la ansiedad, el estrés y la depresión, capacitación en el cuidado de la persona mayor y otro tipo de apoyos económicos y psicológicos relacionados con la tarea del cuidado.

Las personas mayores representan hoy día un porcentaje importante de la población, son más visibles, más activas y más independientes, viven más y tienen mejor salud que en épocas anteriores. Pero a medida que aumenta la población de personas mayores, también puede crecer el problema del maltrato si no se desarrollan intervenciones para prevenirlo y reducirlo.

Conclusión

Como se ha mostrado en las páginas anteriores, la investigación desarrollada sobre el tema del maltrato ha logrado visibilizar prácticas privadas de violencia personal haciendo que adquiriera reconocimiento como problema social y de salud pública con graves consecuencias tanto para la integridad física, el bienestar y la calidad de vida de las personas de edad que lo sufren, como para la familia, la sociedad y los sistemas de salud.

Ello sin embargo, no ha sido una tarea fácil en la medida que por lo reciente de su interés investigativo, no ha sido posible por ejemplo llegar a un acuerdo sobre la definición misma del maltrato, lo que constituye un obstáculo importante para la comprensión de dicho fenómeno. Si bien, ya se ha avanzado de forma importante en la materia, como es el caso de la Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores, la cual ofrece una definición que supera muchas de las limitaciones que se habían detectado en el análisis del fenómeno; sin embargo, es necesario realizar estudios utilizando esta definición y con base en los resultados ponerla a revisión para la búsqueda de un mejor consenso.

También hay que destacar que uno de los elementos sustanciales del problema del maltrato es que ha integrado en su estudio a profesionales del campo de la salud y de las ciencias sociales. Respecto de la salud, debe señalarse el papel del informe de la OMS sobre violencia y salud que dio un lugar destacado al maltrato de personas mayores y puso de relieve la amplia gama de actividades perjudiciales que caracteriza a este fenómeno. Con ello se comenzó a generar la necesidad de contar con un enfoque de salud pública para la prevención del maltrato de personas mayores y de estrategias coordinadas para prevenirlo en contextos comunitarios o institucionales. Es indudable que el enfoque de salud pública resulta indispensable y útil para la comprensión, la atención y la prevención del problema del maltrato de personas mayores.

Que el maltrato de personas mayores es un problema sobre el que hay que volcar toda nuestra atención, se comprueba con la información derivada de diversos estudios sociales a nivel mundial, que muestran una amplia gama de cifras con respecto a la prevalencia general del

maltrato, así como los efectos en la salud, la calidad de vida y bienestar de las personas, llegando a asociarlo en algunas ocasiones con la mortalidad temprana. Sin embargo, siguen existiendo pocos datos disponibles debido al subregistro en las instituciones de salud, las judiciales y las de servicios sociales. De ahí el reto para los interesados en el tema de contribuir en este aspecto con investigaciones que aporten más y mejores datos.

De los estudios realizados en México, pese a que son pocos, muestran datos reveladores que evidencian cómo las personas mayores sufren diferentes formas de maltrato. Se debe tener presente que además de los costos humanos, el maltrato a las personas mayores tiene un gran costo económico, incluyendo los costos directos para la salud, los sistemas sociales, los legales, los policiales y otros servicios. En este sentido, uno de los retos para la investigación social en general y para la salud pública en particular, es conocer las causas o factores de riesgo, los efectos y las medidas necesarias para prevenir el maltrato en la población adulta mayor mexicana.

En lo que tiene que ver con los factores de riesgo, es necesario destacar de lo planteado, que debido a la complejidad del fenómeno del maltrato de personas mayores en donde están relacionadas características de la víctima, el agresor y el contexto social y cultural, identificar los factores de riesgo resulta una tarea compleja, por tal razón se requiere de un enfoque multidisciplinario e integral, pues no todas las personas con problemas sociales, físicos o emocionales se convierten en abusadores, y no todos los abusadores son tan fácilmente identificables.

Finalmente, al abordar lo relacionado con las posibilidades de intervención para prevenir y reducir el maltrato de personas mayores es clara la necesidad de programas o acciones dirigidas a la víctima, al responsable, a los cuidadores, a las personas que trabajan con personas mayores, así como la creación de servicios de protección, apoyo legal, psicológico y educativo, líneas de ayuda, refugios de emergencia, entre otros.

Queda claro que sobre el tema del maltrato a las personas mayores es mucho lo que falta en materia de investigación y acción institucional, por lo cual este trabajo se constituye en un esfuerzo en aportar elementos para tal fin.

Referencias

- Burston, G. R., Letter: Granny-battering. *Brit. Med. J.*, 1975, 3 (5983): 592.
- Krug, E.; Dahlberg, L.; Mercy, J.; Zwi, A. y Lozano, R. (eds.), Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003 [consultado 2011 jul 4]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm.
- Rathbone-McCuan, E. y Voyles, B., Case detection of abused elderly parents, *American Journal of Psychiatry*, 1982, 139: 189-192.
- Wolf, R., Elder abuse and neglect: Causes and consequences, *Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997, 30 (1): 153-174.
- Carp, R. M., Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research, Nueva York, Springer, 2000.
- World Health Organization, The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen, Regional Office for Europe, 2008 [consultado 2011 jul 29]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/886613/E91438.pdf.
- Bennett, G. y Kingston, P., Elder abuse: concepts, theories and interventions, Londres, Chapman & Hall, 1993.
- Fulmer, T.; Guadagno, L.; Bitondo, D. y Connolly, M., Progress in elder abuse screening and assessment instruments, *Journal of the American Geriatric Society*, 2004, 52: 297-304.
- Gold, T. D. y Gwyther, P. L., The prevention of elder abuse: An educational model, *Family Relations*, 1986, 38 (1): 8-14.
- Lachs, M. S. y Pillemer, K. A., Abuse and neglect of elderly persons, *New Engl. J. Med.*, 1995, 332: 437-443.
- Muñoz, T., Personas mayores y malos tratos, Madrid, Pirámide, 2004.
- Organización Mundial de la Salud, Universidades de Toronto y de Ryerson, Ontario, Canadá, Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Anciano. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato a las personas mayores, *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 2002, 37 (6): 332-333.
- En México el problema de la violencia fue considerado recientemente como una línea de acción con la que se busca “reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia” como una de las estrategias que se diseñaron para cumplir con los objetivos del actual gobierno, para la atención de los retos en salud que enfrenta el país. Sin embargo, aun cuando el Estado mexicano ha reconocido la importancia de este problema y la urgencia de su atención, todavía hay mucho por hacer, pues se debe distinguir el tema del maltrato hacia las personas mayores en las líneas de acción.
- Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, México, 1999 [consultado 2011 agosto 26]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>.
- World Health Organization, Missing voices: views of older persons on elder abuse, Ginebra, WHO, 2002 [consultado 2011 agosto 25]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_vip_02.1.pdf.
- McCreadie, C., Elder abuse: update on research, Londres, Age Concern and Institute of Gerontology, King's College, 1996.
- Anetzberger, G., The reality of elder abuse, en Anetzberger, G. (ed.) *The clinical management of elder abuse*, Nueva York, Haworth Press, 2005: 1-26.
- Hudson, M. F., Elder Mistreatment: A Taxonomy with Definitions by Delphi, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1991, 3: 1-20.
- Foege, W. H.; Rosenberg, M. L. y Mercy, J. A., Public health and violence prevention, *Current Issues in Public Health*, 1995, 1: 2-9.
- World Health Organization, A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report, Francia, 2008 [consultado 2011 agosto 17]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf.
- Post, L.; Page, C.; Conner, T.; Prokhorov, A.; Fang, Y. y Biroscak, B., Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors, *Research on Aging*, 2010, 32 (3): 323-348.
- Cooper, C.; Selwood, A. y Livingston, G., The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review, *Age and Ageing*, 2008, 37: 151-160.
- Anetzberger, G. J., Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring, *Estados Unidos*, Springfield, 1987: 143.

24. Lachs, M. S.; Berkman, L.; Fulmer, T. y Horowitz, R. J., A prospective community-based pilot study of risk factors for the investigation of elder mistreatment, *Journal of American Geriatrics Society*, 1994, 42: 169-173.
25. Gold, T. D. y Gwyther, P. L., The prevention of elder abuse: An educational model, *Family Relations*, 1989, 38(1): 8-14.
26. Kosberg, I. J.; Lowenstein, A.; Juanita, L. G. y Biggs, S., Study of elder abuse in diverse cultures, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2003, 15 (3/4): 71-89.
27. Comijs, H. C.; Pot, A. M.; Smit, J. H.; Bouter, L. M. y Jonker, C., Elder abuse in the community: Prevalence and consequences, *Journal of the American Geriatrics Society*, 1998, 46 (7): 885-888.
28. Ogg, J. y Bennett, G., Elder abuse in Britain, *British Medical Journal*, 1992, 305 (6860): 998-999.
29. Yan, E. y So-Kum, T. C., Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse, *Journal of Interpersonal Violence*, 2001, 16 (11): 1158-1174.
30. Giraldo, R. L., Los malos tratos a personas adultas mayores: Una caracterización sociodemográfica en la Ciudad de México (tesis), México, El Colegio de México, 2006.
31. Pillemer, K. A., Finkelhor D. Prevalence of elder abuse: A random sample survey, *Gerontologist*, 1988, 28: 51-57.
32. Podnieks, E., National survey on abuse of the elderly in Canada, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1992, 4 (1/2): 5-58.
33. Valentine, D. y Cash, T., A definitional discussion of elder mistreatment, *Journal of Gerontological Social Work*, 1986, 9: 17-28.
34. Zhang, Z.; Schiamburg, L.; Oehmke, J.; Barboza, G.; Griffore, R.; Post, L., *et al.*, Neglect of Older Adults in Michigan Nursing Homes, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2011, 23 (1): 58-74.
35. Las defunciones registradas en las estadísticas vitales pueden estar afectadas por diversos factores que tienen que ver con el subregistro y la mala declaración. Asimismo, hay muy poca información de rutina sobre las muertes que se atribuyen al maltrato.
36. Falzon, A. L. y Davis, G. G., A 15 year retrospective review of homicide in the elderly, *Journal of Forensic Sciences*, 1998, 43: 371-374.
37. Iborra, I. (ed.), *Violencia contra personas mayores*, Barcelona, Ariel, 2005: 254.
38. Collins, K. A. y Presnell, S. E., Elder homicide. A 20-year study, *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 2006, 27: 183-187.
39. Gómez, R.; Rodríguez, A. y Krug, L., Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 2007, 42 (1): 27-34.
40. Luengo, M. A.; Romero, E.; Gómez, J. A.; Guerra, A. y Lence, M., La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo; y Ministerio del Interior, 1999 [consultado 2011 septiembre 9]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/preve.pdf>.
41. Anthony, E. K.; Lehning, A. J.; Austin, M. J. y Peck, M. D., Assessing Elder Mistreatment: Instrument Development and Implications for Adult Protective Services, *Journal of Gerontological Social Work*, 2009, 52: 815-836.
42. Iborra, M. I., Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española, *Revista de Servicios Sociales*, 2009, 45: 49-57.
43. Cooney, C. y Mortimer, A., Elder abuse and dementia: a pilot study, *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41: 276-283.
44. González, J. A.; Flórez, F. J.; González, A.; García, D. y Salgado, A., Malos tratos al anciano, en Sánchez, T. (coords.), *Maltrato de género, infantil y de ancianos*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca, 2005: 105-119.
45. Wolf, R., Elder abuse and neglect: Causes and consequences, *Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997, 30 (1): 153-174.
46. Soeda, A. y Araki, C., Elder abuse by daughters-in-law in Japan, *Journal of Elder Abuse y Neglect*, 1999, 11 (1): 47-58.
47. Filinson, R. y Ingman, S. (eds.), *Elder Abuse: Practice and Policy*, Nueva York, Human Sciences Press, 1989.
48. Chokkanathan, S. y Lee, A., Elder Mistreatment in Urban India: A Community Based Study, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2005, 17 (2): 45-61.
49. Naughton, C.; Drennan, J.; Treacy, M. P.; Lafferty, A.; Lyons, I.; Phelan, A.; Quin, S., *et al.*, Abuse and neglect of older people in Ireland. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect, Dublin, National Centre for the Protection of Older People, 2010 [consultado 2011 agosto 3].

- Disponible en: <http://www.ncpop.ie/userfiles/file/Prevalence%20study%20summary%20report.pdf>.
50. Podnieks, E., National survey on abuse of the elderly in Canada, *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1992, 4 (1/2): 5-58.
 51. Lau, E. y Kosberg, J., Abuse of the elderly by informal care providers, *Aging*, 1979, 299: 10-15.
 52. Srinivas, S. y Vijayalakshmi, B., Abuse and neglect of elderly in families, *The Indian Journal of Social Work*, 2001, 62 (3): 464-479.
 53. Kosberg, J. I., Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions, *The Gerontologist*, 1988, 28: 43-50.
 54. Iborra, I. (ed.), *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, Valencia, Centro Reina, 2008 [consultado 2011 octubre 7]. Disponible en: http://www.centroreinasofia.es/informes/Maltrato_Elder.pdf.
 55. Davidson, J. L., Elder abuse, en Block, M. R. y Sinnott, J. D. (eds.), *The battered elder syndrome: an exploratory study*, Maryland, The University of Maryland, Center on Aging, College Park, 1979: 239-252.
 56. Coyne, A. y Reichman, W., The Relationship between dementia and elder abuse, *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150: 643-646.
 57. Steinmetz, S., *Duty bound: elder abuse and family care*, California, Sage Publications, 1988.
 58. Eastman, M., *Old age abuse: a new perspective*. 2ª ed., San Diego, Singular Publishing Group, 1994.
 59. Homer, A. C. y Gilleard, C., Abuse of elderly people by their carers, *British Medical Journal*, 1990, 301: 1359-1362.
 60. Cooney, C. y Mortimer, A., Elder abuse and dementia: a pilot study, *International Journal of Social Psychiatry*, 1995, 41: 276-283.
 61. Reis, M. y Nahamish, D., Validation of the indicators of abuse (IOA) screen, *The Gerontologist*, 1998, 38: 471-480.
 62. Godkin, M. A.; Wolf, R. S. y Pillemer, K. A., A case comparison analysis of elder abuse and neglect, *International Journal of Aging and Human Development*, 1989, 28 (3): 207-225.
 63. Kosberg, J. I., Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions, *The Gerontologist*, 1988, 28: 43-50.
 64. Lachs, M. S.; Williams, C.; O'Brien, S.; Hurst, L. y Horowitz, R., Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study, *The Gerontologist*, 1997, 37: 469-474.
 65. Sethi, D.; Wood, S.; Mitis, F.; Bellis, M.; Penhale, B.; Iborra, I., *et al.*, *European report on preventing elder maltreatment*, Copenhagen: World Health Organization, 2011 [consultado 2011 septiembre 1]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.



Un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos

*Luis Durán Arenas**

*Carmen García Peña***

*Luis Antonio García****

*Michelle Ordieres Ruiz****

Introducción

Las enormes transformaciones que están aconteciendo en la sociedad contemporánea tienen y tendrán cada vez más en el futuro una clara incidencia en la evolución y rediseño de las políticas sociales, entre ellas las que tratan de ofrecer respuestas más acordes con la creciente necesidad de atención que, paradójicamente, avanza con el progreso social.¹

Los Modelos de Atención corresponden a la forma de organización que permite desarrollar el proceso de atención a la salud; en tiempos recientes estos procesos se han visto afectados por múltiples circunstancias que han generado que se propongan nuevos modelos de atención que cumplan y que estén enfocados a las necesidades reales del paciente.

Algunos problemas a los que se ha enfrentado el proceso de atención en salud se enumeran a continuación:

1. Deficiencias en el modelo de medicina tradicional, la atención está centrada en la enfermedad y no en el paciente.
2. Los pacientes están cada vez más informados sobre sus padecimientos y se encuentran con mayor capacidad de comparar la calidad de los servicios demandados.

3. El sistema de salud actual no cumple del todo con el objetivo de generar confianza entre las personas y satisfacer las necesidades y expectativas del usuario del servicio.
4. Existen fallas de coordinación y articulación de todas las actividades, desde el ingreso hasta la salida del paciente, que demanda un servicio de salud.

Por lo tanto es preciso reflexionar con profundidad sobre la implementación de un nuevo modelo de atención que tenga en cuenta los cambios sociales a los que se enfrenta nuestra sociedad, la transición demográfica y el avance en políticas sociales que favorezcan los derechos del paciente y que encuentren fundamento en el conocimiento científico disponible.

Las exigencias del nuevo modelo provocarán –en gran medida– un cambio de pensamiento que afectará tanto al diseño y planificación de los servicios y programas a desarrollar, como en lo que corresponde a la intervención y a la práctica médica en nuestros días.

En el análisis del modelo de atención en salud, propuesto por Carlos Aibar Remón de la Universidad de Zaragoza en el documento *La comunicación del riesgo: compartiendo decisiones con los pacientes* (Figura 1), se plantean tres grandes dimensiones sobre las cuales puede centrarse la atención:

* Académico, Doctor en Organización de Servicios de Salud. Jefe de la Subdivisión de Maestrías y Doctorados en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM.

** Académica y Doctora en Salud Pública y Políticas de Salud. Investigadora titular. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área Envejecimiento, IMSS.

*** Médicos de la Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica, Facultad de Medicina, UNAM.

Figura 1.
Modelos de atención en salud



- Centrada en el profesional que se basa en el conocimiento adquirido y en la experiencia clínica como fundamento de la atención brindada.
- Centrada en los recursos que fundamentan las decisiones tomadas en salud con base en los recursos disponibles y con base en la evidencia y en la eficiencia de las intervenciones.
- Centrada en el paciente que destaca la importancia de la comunicación, el buen trato hacia el paciente y la autonomía de éste en el proceso de atención en salud.

Atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona es considerada parte fundamental en la asistencia a la salud de alta calidad.

Los objetivos en la asistencia de la salud de alta calidad son los siguientes: a) efectividad, por ejemplo, uso de medicina basada en la evidencia, b) seguridad, c) eficiencia, con el fin de reducir al máximo el desperdicio, d) servicio oportuno, para evitar retrasos innecesarios y e) equidad, sin considerar características sociodemográficas.

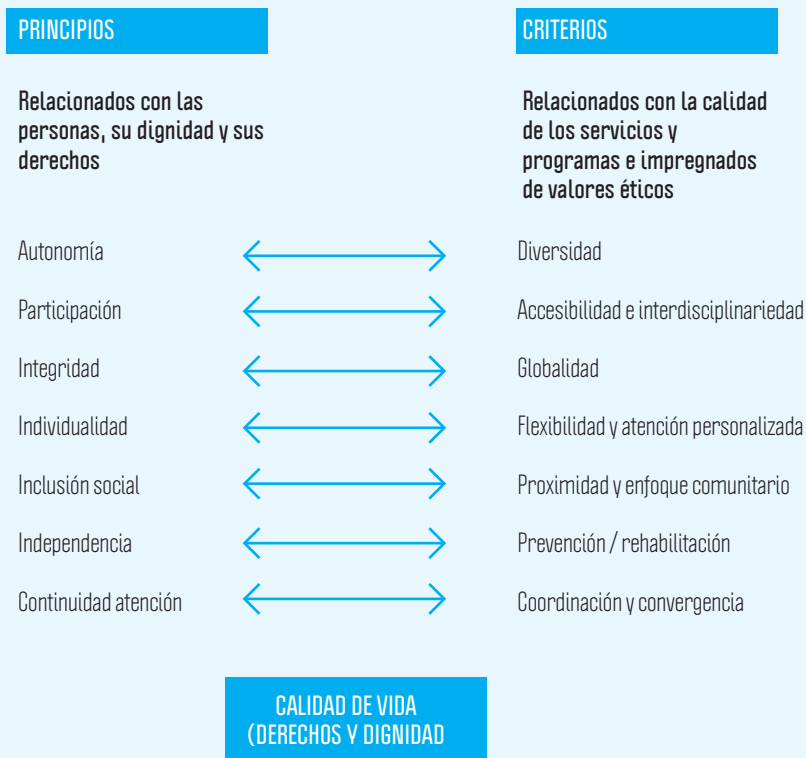
En la Figura 2 se presentan las relaciones que deben existir entre principios (en relación con las personas, su dignidad y sus derechos) y criterios (en relación con la calidad de los servicios y programas) y su relación con la calidad de vida basada y fundamentada en la preservación de la dignidad y los derechos de las personas, en este contexto adaptado a los adultos mayores en quienes centramos este modelo y los cuales deben ser en este contexto el objetivo central de las intervenciones centradas en la persona.

La atención centrada en la persona es entonces respetuosa y responsable a las preferencias, necesidades y valores individuales.

Los aspectos psicológicos y emocionales juegan un rol fundamental, ya que los pacientes de la tercera edad a menudo se sienten más cómodos y seguros siendo asistidos en su propia casa. Muchos pacientes quieren quedarse en casa para no ser separados de su familia, amigos y su entorno.

La atención debe ser dirigida a las necesidades completas de la persona, las cuales pueden variar de ser preventivas a terminales, o de enfermedad aguda a crónica. Los médicos deben escuchar atentamente, expresar curiosidad e interés y explorar emociones, así

Figura 2. Principios y criterios para fundamentar un modelo de atención integral centrado en la persona



Fuente: Rodríguez P. La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia.

como responder a las peticiones de ayuda, alcanzar un entendimiento compartido del problema y el tratamiento, crear una alianza terapéutica, compartir toma de decisiones, poder y responsabilidad.

La participación de la familia como cuidadores es esencial para el manejo óptimo de los pacientes, asegurando adherencia al tratamiento, persistencia, continuidad de la atención y apoyo social, particularmente en las etapas más críticas. Actualmente no existe un modelo conceptual aceptado en la atención centrada en la persona; sin embargo, se han sugerido cuatro posibles dimensiones: 1) Experiencia del padecimiento (paciente como persona), 2) la persona completa (perspectiva biopsicosocial), 3) intereses comunes (compartiendo poder y responsabilidades) y 4) relación médico-paciente (alianza terapéutica).

Atención centrada en el adulto mayor

Los cambios demográficos a los que se enfrentará nuestro país constituyen un reto importante para los

tomadores de decisiones en salud, ya que exige generar políticas de salud enfocadas a cubrir las necesidades del paciente adulto mayor y garantizar un mejor servicio de fácil acceso y de mejor calidad.

Organismos internacionales se han sumado a la tarea de generar cambios enfocados a satisfacer las necesidades del adulto mayor y promover lo que ellos llaman el “envejecimiento activo”, basado en tres pilares fundamentales: salud, seguridad y participación (según la Organización Mundial de la Salud, 2002).

Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas implementó dos Planes Internacionales sobre el Envejecimiento, lo que generó que en todo el mundo se cambiara la visión sobre el fenómeno del incremento de la esperanza de vida y dejara de verse sólo como un reto para el sistema de salud de todos los países y se comenzara a ver como una oportunidad significativa para generar nuevas políticas enfocadas a los adultos mayores, quienes constituyen en gran medida un papel importante en la demanda de los servicios de salud.

El objetivo central de las propuestas contenidas en los planes sobre el envejecimiento de la OMS es principalmente garantizar que las personas puedan envejecer con seguridad, asegurando para ellos prestaciones y buen cuidado de su persona y propiciando la participación activa de ellos dentro de sus comunidades.

Por otra parte, la OCDE ha venido trabajando intensamente los aspectos relacionados con la atención a las personas mayores en situación de dependencia y abandono. Entre las propuestas que se realizaron por este organismo, desde los primeros informes, se encuentra el proclamar el lema de “envejecer en casa” en condiciones de dignidad. Para esto recomienda facilitar y garantizar la disposición de recursos y programas de fácil acceso, asistencia continua y la cobertura de las necesidades del adulto mayor y las de su familia.

En este capítulo se plantea la necesidad de generar un modelo de atención centrado principalmente en el adulto mayor, que sea capaz de cubrir sus necesidades y a su vez sea capaz de mejorar sus condiciones de vida, que garantice el fácil acceso a los servicios que demanda y que cumpla con los objetivos fundamentales de todos los servicios de salud.

Actualmente, existe una implementación y prueba de la atención médica centrada en el adulto mayor, particularmente entre quienes cursan con condiciones crónicas.

El modelo de atención centrada en el adulto mayor se está probando en diferentes países del mundo. En particular en Estados Unidos se ha definido como un modelo de atención en el cual cada paciente tiene una relación personal con su médico, quien guía a un equipo responsable para enfrentar las necesidades en atención a la salud y arreglar servicios de otros profesionales y proveedores calificados, tanto como sea necesario.

Esto nos deja con la pregunta: ¿Cuáles son los grandes temas a abordar en los modelos de atención centrados en el adulto mayor? Para responder a ella a continuación se presentan seis temas que consideramos deben ser en particular el foco de atención de cualquier esfuerzo por transformar y ajustar los sistemas de salud: coordinación entre niveles de atención al interior del sistema de salud; enfoque en estrategias de prevención costo-efectivas dirigido a las necesidades de salud de la población anciana; estrategias para mejorar el nivel de educación en salud de los ancianos; uso de medicamentos para los ancianos; capacitación y entrenamiento del

personal de salud a todos niveles; y la experimentación de nuevos modelos de atención.

Coordinación entre niveles de atención al interior del Sistema de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Por su parte, en la Declaración de Alma Ata (1978) se afirma que la Atención Primaria de Salud es la clave para lograr la salud para todos, como responsable de brindar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Estos conceptos nos acercan a la idea de fomentar y propiciar una atención integral y continua que debe girar, en este caso específico y con fines de este modelo, enfocada y dirigida a la persona mayor.

Las intervenciones de diferentes disciplinas dentro del sistema de salud como son las intervenciones y el enfoque económico, el creciente y acelerado avance de la tecnología y el continuo avance de la ciencia han desplazado a las consideraciones básicas que deben ser cubiertas en materia de atención a la salud, esto se traduce en una especialización excesiva y en una atención fragmentada, parcial e incompleta que obliga a la derivación y a la peregrinación del paciente por los diferentes servicios y especialistas, sin que se tenga en cuenta la necesidad real de la persona.²

Para intentar retomar el camino y dar vuelta a los problemas a los que se enfrenta la atención primaria con respecto al concepto de salud, se han generado propuestas a nivel mundial sobre la necesidad de llevar a cabo una atención integral en salud para la cual la OMS se refiere como la que reúne inversiones, prestaciones; gestiona y organiza servicios de diagnóstico, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud.

Otra forma de abordar esta llamada atención integral en salud sería enfocar las acciones a las necesidades, poniendo énfasis en los métodos y en las estrategias que se requieren para coordinar los aspectos del cuidado y de la atención brindada desde diferentes niveles de atención, ya sea primaria o secundaria.

Por tal motivo es necesario trabajar en la generación de un cambio de proceso de atención en salud, de tal manera que el foco de atención gire en torno a la necesidad de la personal especialistas en el tema proponen como aspectos claves a mejorar: la cultura de la orga-

nización que brinda servicios de salud (disposición y habilidades para el trabajo en equipo), la coordinación entre niveles asistenciales, el predominio de la historia clínica entre los elementos estructurales de trabajo, y el respeto por los derechos y la dignidad de la persona.

Qué se ha experimentado como mecanismos de coordinación

La coordinación entre diferentes niveles de atención en salud se refiere a los diferentes recursos, prestaciones y niveles de los servicios sociales que deben intervenir de manera conjunta para la atención de la persona que demanda y solicita un servicio de salud.

Dentro de la problemática principal para el avance de un programa de atención al envejecimiento se encuentran: la falta de sensibilización y educación de todos los niveles hacia una cultura de envejecimiento activo y saludable; al igual que un deficiente abasto de guías y manuales para la detección y manejo de los padecimientos de mayor prevalencia en el adulto mayor.³

No existen mecanismos reales y efectivos que garanticen el apego al tratamiento y promuevan cambios de conducta en los pacientes, sus familias y la comunidad. Es bueno mencionar que hacen falta campañas de comunicación social que fomenten la prevención de enfermedades y promuevan un envejecimiento saludable.

En México, una limitación importante para la coordinación entre niveles de atención para el adulto mayor es sin duda la falta de recursos necesarios para brindar una atención integral, que incluya personal capacitado, medicamentos disponibles y un eficiente sistema de referencia y contra-referencia entre los niveles de atención.

Qué resultados se han obtenido

Si bien se han realizado esfuerzos para satisfacer las necesidades de atención en salud del adulto mayor mediante la implementación de infraestructura física especializada como un Centro Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y la instauración del modelo de Centros de Día de Atención para el Envejecimiento (geronto-geriátricos), complementados con servicios de atención domiciliaria, aún existe un gran número de pacientes de la tercera edad que no gozan de una atención adecuada y eficiente.

Otra situación que llama la atención es la poca información que existe en materia de envejecimiento,

de sus enfermedades y de las necesidades reales y sentidas de la población adulta, existe hasta el día de hoy poca o nula información en materia de indicadores de salud en pacientes geriátricos, esto debido a que cada institución tiene un sistema propio de información que no es compatible con la del Sector Salud.

Esta problemática podría ser resuelta si se copia lo hecho por otros países, los cuales han realizado encuestas de salud, bienestar y envejecimiento, que son específicas para el adulto mayor y brindan información sobre sus necesidades.³

Según el plan de acción específico sobre el envejecimiento publicado por la Secretaría de Salud, una prioridad del Programa de Atención al Envejecimiento es, sin duda, fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial a través del funcionamiento y seguimiento del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (Conaen) y los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (Coesaens), con el fin de coadyuvar a la generación y establecimiento de políticas nacionales a favor del envejecimiento activo y saludable.

Qué retos se identifican en la literatura

El envejecimiento plantea nuevos retos para el sistema de salud en México, tanto para los servicios de salud que actualmente se otorgan a los adultos mayores, como para los tomadores de decisiones que se enfrentan al reto de generar nuevas políticas enfocadas a la mejora de la calidad de vida del adulto mayor.

Hasta el día de hoy no existe una política nacional de protección al adulto mayor y mucho menos una de salud que atienda las necesidades de una sociedad en proceso de envejecimiento, cuestión que ya forma parte de la agenda de investigación de diversas instituciones nacionales y es reconocida como un problema social tanto por el IMSS (Plan Gerontológico) como por el ISSSTE, y recientemente por el Consejo de Salubridad General.³

La ley de los derechos de las personas adultas mayores, publicada a principios del 2011 por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), plantea que en materia de salud el adulto mayor tiene derecho a:

- a. A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4 constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen

Un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos

- cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
- A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.
 - Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

Partiendo de este punto, el reto al que se enfrenta el Sistema de Salud de México es ofrecer a la población adulta mayor un servicio de atención en salud integral que cumpla las características de brindar un servicio dirigido al adulto mayor que incluya:

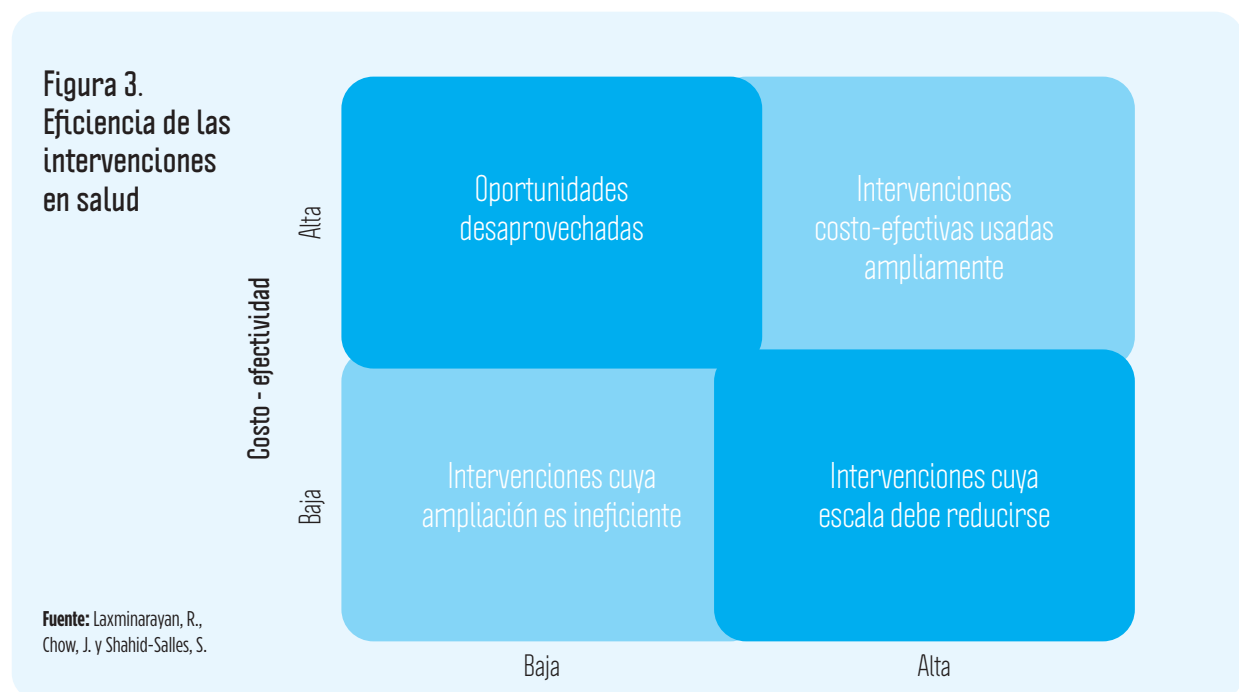
- Consulta externa.
- Consulta domiciliar.
- Valoración por servicios de urgencias.
- Unidades de hospitalización de padecimientos agudos y crónicos.
- Unidades de recuperación funcional (rehabilitación).
- Centros que brinde entrenamiento a la familia para asumir los cuidados en el domicilio y coordinación con el primer o segundo nivel de atención para completar el plan de atención.⁴

Enfoque en estrategias de prevención costo-efectivas dirigido a las necesidades de salud de la población anciana

Para comprender de mejor manera el papel que juega la salud humana como un determinante básico y esencial del desarrollo humano y del desarrollo de un país, se ha mostrado un interés creciente por mejorar la eficiencia con que se gastan los recursos destinados en salud de los países en desarrollo.

Gastar los recursos destinados a la salud de manera eficiente es una meta que siempre ha estado presente dentro de las prioridades del Sistema de Salud, su importancia radica en hacer frente a las enfermedades infecciosas, el surgimiento de nuevas cepas resistentes a fármacos y la prevalencia de enfermedades crónicas que representan un problema de salud importante en nuestra sociedad.

Para determinar las intervenciones que carecen de costo-efectividad es necesario conocer cuáles son los costos de la atención en salud y conocer las limitaciones de los recursos disponibles, de esta forma es posible determinar las oportunidades para mejorar la salud que, aun siendo costo-efectivas, han sido desaprovechadas por los tomadores de decisiones, éste es el caso de la prevención (Figura 3).



Qué se ha experimentado como estrategias de prevención

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la atención primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Ésta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud.⁵

La prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.

Siguiendo este concepto, entendemos que la prevención de la enfermedad es una acción que tiene que ser brindada por los servicios de salud y que debe considerar a la población —en este caso a los adultos mayores— como individuos expuestos a factores de riesgo; bajo esta idea es necesario realizar intervenciones costo-efectivas que permitan identificar e intervenir oportunamente en las conductas de riesgo propias del adulto mayor.

Podemos considerar dos ejes centrales de las intervenciones en prevención costo-efectivas enfocados al adulto mayor:

1. **Gestión de riesgo:** determinada por el conjunto de fenómenos emocionales e intelectuales involucrados en la toma de decisiones del adulto mayor y en la implementación de estrategias de autocuidado.
2. **Vulnerabilidad:** entendida como la situación personal determinada por el poco o nulo control sobre el propio riesgo de adquirir una enfermedad o por los problemas de acceso a una atención adecuada.

El enfoque de la prevención geriátrica debe ser abordado de forma multidimensional, que tenga como objetivo detectar oportunamente las enfermedades y riesgos de la esfera física, mental, afectiva, el impacto funcional y las situaciones de riesgo social y ambiental.

El fin de la **prevención geriátrica** es contribuir con el adulto mayor otorgándole las herramientas y las estrategias necesarias para que aprenda a cuidar su salud y así lograr un “envejecimiento exitoso”.

Podemos enumerar algunas estrategias costo-efectivas que pueden ser de utilidad para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, entre éstas encontramos:

1. Prevención clásica: acciones destinadas a prevenir enfermedades como neumonías, infecciones respiratorias, control de la presión arterial, etc.
2. Prevención de factores relacionados con los hábitos de vida, como promover una dieta saludable, la promoción de la actividad física, el abandono de hábitos como el alcoholismo y el tabaquismo, etc.
3. Prevención que demanda conocimientos específicos por parte del profesional de salud, tales como la prevención de caídas, el cuidado de la visión, de la audición y de la salud bucal, entre otras.
4. Prevención y control del uso irracional de medicamentos, dadas las múltiples patologías del adulto mayor es necesario encontrar un equilibrio entre la medicación y el tratamiento.
5. Inclusión del anciano como miembro de la comunidad: resulta importante promover la convivencia del anciano con su entorno para que de esta manera se evite el abandono social que conlleva a la depresión y a la falta de cuidado del adulto mayor.
6. Adaptación del medio: es necesario trabajar en el entorno en el que se desarrollan los ancianos, resulta importante trabajar en la colocación de rampas, alfombras, escaleras eléctricas, etc., para facilitar la vida del adulto mayor con o sin discapacidad funcional.

Qué resultados se han obtenido

En México no se cuenta con una caracterización por grupo de edad de las enfermedades de mayor prevalencia en el adulto mayor como lo son la depresión, alteraciones de memoria, incontinencia urinaria y fecal, y otros tipos de discapacidades.

Se detectan marcadas limitaciones en los programas de prevención y de control para el manejo y tratamiento del adulto mayor, no se destinan los recursos económicos necesarios para brindarles una atención integral digna de sus necesidades, esto a causa también de la falta de personal debidamente capacitado para su atención.

Qué retos se identifican en la literatura

Es importante detectar y dar seguimiento a los padecimientos de mayor prevalencia entre los adultos mayores con el fin de optimizar los recursos disponibles y hacer más eficientes las intervenciones en materia de salud. En el plan de acción de envejecimiento se plantean ciertos objetivos que podrían dar resultados importantes para lo anterior:

- a. Realizar un tamizaje en búsqueda de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor, iniciar un tratamiento etiológico que redunde en la prolongación de las etapas de la enfermedad, lo que evitará el deterioro funcional del individuo, así como la fatiga de sus cuidadores.
- b. Implementar estilos de vida saludables con énfasis en la orientación alimentaria, cese del hábito de fumar y práctica de actividad física programada y adecuada a las necesidades de cada adulto mayor para un envejecimiento activo y saludable.
- c. Consolidar la política del esquema básico de vacunación a través de la intensificación de actividades de promoción de la salud, durante la Semana de Salud para Gente Grande.

Estrategias para mejorar el nivel de educación en salud de los ancianos

Hoy en día nuestro país experimenta una transformación demográfica importante, el número de adultos mayores aumentar de manera significativa y es necesario enfocar acciones que nos ayuden a enfrentar este cambio sin precedentes. Esta transformación obliga a la sociedad a generar nuevas oportunidades para el adulto mayor que permitan explotar sus capacidades y los motiven a ser partícipes de todas las actividades de la sociedad.

Las condiciones sociales que presentan los adultos mayores de nuestra sociedad deberán ser el centro de atención sobre el cual los tomadores de decisiones enfoquen su trabajo para generar nuevas políticas públicas en beneficio de este sector de la población, tomando en cuenta que los adultos mayores son el eje en que se deben basar y fundamentar las nuevas propuestas.

Bajo esta línea es importante trabajar en la educación del adulto mayor, ya que ésta es parte de una base fundamental e indispensable para propiciar una vida activa y plena y lograr una sociedad educada es una sociedad sana, por tal motivo se deben adoptar políticas que garanticen el acceso a la educación y a la capacitación continua del adulto mayor, esto no sólo generará un cambio en el individuo sino que planteará la posibilidad de contar con una sociedad más productiva.

El derecho a la educación no debe ser sometido a ningún límite de edad y para el adulto mayor este derecho tiene una significación especial, pues representa

una oportunidad de actualización, participación social y reafirmación de sus potencialidades. El creciente avance de la tecnología –que si bien es una herramienta indispensable en nuestros días– también representa una dificultad de adaptación por parte del adulto mayor, por tal motivo es necesario fomentar la educación y el acercamiento a las nuevas tecnologías y fuentes de información para la adquisición de nuevos conocimientos por parte del adulto, lo anterior con el fin de mejorar la calidad de vida y la satisfacción personal que se genera al ser parte de una sociedad en desarrollo.

En nuestro país se cuenta con el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), que trabaja para ofrecer una educación en todas las etapas de la vida del adulto mayor, mediante un modelo de educación para la vida y el trabajo que combina la promoción de una cultura para el envejecimiento con dignidad y la educación.

Qué retos se identifican en la literatura

Las necesidades educativas de los adultos mayores son muy complejas; por su edad, hay riesgo de complicaciones, y porque la mayoría tienen que asumir el cuidado de una enfermedad crónica. Por tal motivo es cada vez más necesario que la atención del adulto mayor desempeñe un papel importante en la salud y en la educación de los adultos mayores, para que sigan el tratamiento, logren prevenir las dificultades y mejoren su calidad de vida.

Un reto de los planes de educación a las personas mayores es colocar a la mujer y al hombre mayor a la altura de estos tiempos, desde el punto de vista cultural. Que cuenten con los recursos necesarios en su desarrollo intelectual y emocional y que le permitan conocer mejor el mundo en que viven y se desarrollan.

Es necesario también comprender los problemas del mundo contemporáneo, sus cambios, sus desafíos, tanto en lo social como tecnológico, pues la cultura es un tema que interesa y debe ser desarrollada en todos los grupos de edad. Por tanto se hace necesario partir de una comprensión teórica acerca de la edad como etapa del desarrollo, así como de las ciencias de la educación que garanticen un adecuado proceso educativo y de aprendizaje en esta edad.

Dentro de este contexto es necesario que los tomadores de decisiones en materia de atención y educación en salud logren:

- Percibir el envejecimiento como parte de un proceso de vida que tiene varias etapas o ciclos vitales.
- Percibir que los adultos mayores no constituyen individuos desechables sino que pueden y deben ser integrados a la sociedad.
- Percibir que la vejez implica el deterioro de algunas capacidades, principalmente físicas, pero que éstas se compensan, en parte, por la experiencia de vida acumulada en forma enriquecedora.
- Percibir que la forma en que se viven esas últimas etapas de la vida está relacionada con la forma en que se han vivido las etapas anteriores.

Uso de medicamentos para los ancianos

En general, los adultos mayores tienen una mayor incidencia de enfermedades comparado con los adultos jóvenes, asimismo son quienes consumen el 42% del total del gasto en medicamentos.⁶ A pesar de esta situación, los pacientes de edades por arriba de los 65 años a menudo son excluidos de estudios clínicos, lo que tiene graves repercusiones sobre la salud.

La pobre representación de los adultos mayores en estudios clínicos puede suceder por varias razones, pero el factor más importante de exclusión es debido a las condiciones de comorbilidad, el uso de medicamentos concomitantes y la fragilidad de la salud en los adultos mayores en adición a la edad avanzada *per se*. Condición que desencadena la extrapolación de resultados de los adultos jóvenes a los adultos mayores con múltiples enfermedades concurrentes, por lo que no provee una apropiada estimación del riesgo-beneficio para la población deseada.

Los cambios farmacocinéticos, comparados con los cambios farmacodinámicos relacionados con la edad avanzada, son más complejos y tienden a ser específicos por clase de fármacos. Por ejemplo, los adultos mayores tienen una mayor sensibilidad a los medicamentos que tratan enfermedades del sistema nervioso central y el sistema cardiovascular.

Algunas de las diferencias farmacodinámicas pueden ser explicadas por cambios en los factores fisiológicos, abundancia de receptores, o en cadenas de señalamiento intracelular.⁷ Sin embargo, en la mayoría de los casos el mecanismo aún no está bien definido. Un ejemplo notable es el uso de la warfarina, la cual se ha asociado con un riesgo que varía de 2.6 a 6.6 veces mayor de sufrir

hemorragia en pacientes de edad avanzada (pacientes mayores de 65 años, OMS),⁸⁻⁹ comparado con adultos jóvenes. Otro ejemplo es el uso del antipsicótico antagonista de la dopamina D2, el cual es ampliamente utilizado para tratar la agitación asociada con demencia en los adultos mayores. El riesgo de presentar discinesia tardía es 4 a 5 veces mayor en pacientes de edad avanzada tratados con neurolepticos, comparado con los adultos jóvenes.

Un ejemplo de la importancia de diseñar estudios específicos para adultos mayores en el caso de los adultos mayores con leucemia, en quienes el tratamiento intensivo no es tolerado y se obtienen pobres resultados, a menudo por la coexistencia de condiciones médicas o disfunción inmunológica. En estudios recientes se demuestra que los resultados pobres se relacionan con características biológicas específicas como una alta frecuencia de factores desfavorables citogenéticos y una aumentada expresión de la proteína MDR1.⁸⁻⁹

Según lo declarado en noviembre de 1989 por la guía de la *Food and Drug Administration*, los fármacos deben ser estudiados en todos los grupos etarios y no existe ninguna buena base para la exclusión de pacientes en términos de edad avanzada o por enfermedades concomitantes, a menos que éstas pongan en peligro al paciente o conlleven al estudio a resultados confusos.

En una encuesta de oncólogos americanos, el 80% de los participantes está de acuerdo en que los pacientes tienen un mejor pronóstico cuando reciben tratamiento en los estudios clínicos, sin embargo el 50% declaró a los pacientes inconvenientes en estudios clínicos con base en la edad únicamente.¹⁰

Una reciente y novedosa herramienta para entender la disposición y acción de los fármacos en los adultos mayores es el modelado farmacocinético fisiológicamente basado. Los investigadores han utilizado exitosamente el modelado farmacocinético fisiológicamente basado para predecir las interacciones metabólicas de los fármacos, mediante estudios clínicos simulados.⁷

En Estados Unidos 23.5% de la población mayor de 65 años y más recibe por lo menos uno de los 20 medicamentos contraindicados en adultos mayores, mientras que 79.6% recibe únicamente un medicamento contraindicado, el 20.4% recibe dos o más de ellos. Los medicamentos más prescritos son dipiridamol, propoxifeno, amitriptilina, clorpropramida, diazepam

e indometacina, incluidos los controversiales agentes cardiovasculares (propranolol metildopa y reserpina);¹¹ colocando a los adultos mayores en mayor riesgo de padecer los efectos adversos de los medicamentos.

En Europa se realizó el mismo estudio y llegaron a una conclusión similar al estudio americano: una medicación inapropiada aumenta significativamente el riesgo de presentar efectos adversos y aumenta la utilización y costos de la atención médica; lo que nos remite a uno de los problemas más importantes en salud de los adultos mayores, la polifarmacia; definida por la ONU como el uso de tres o más medicamentos al mismo tiempo. A medida que el número de medicamentos aumenta, aumenta el riesgo de hospitalizaciones, el daño a la movilidad del adulto, las morbilidades y puede ocasionar la muerte.

El gran peligro de la polifarmacia se encuentra a menudo en los complejos regímenes de múltiples medicamentos que conllevan a un pobre apego a la rutina de administración, con falta del cumplimiento en la toma, duplicación, confusión entre nombres genéricos y comerciales y a más efectos adversos.¹² El clínico siempre debe considerar al añadir algún medicamento el beneficio adquirible sobre el daño posible que pueda producir el medicamento. Actualmente el acceso a nuevos tratamientos, nuevas indicaciones de tratamientos antiguos y la falta de esfuerzo por tratar los factores de riesgo en la medicina preventiva, así como una población añosa que adquiere múltiples enfermedades, contribuyen al desarrollo de la polifarmacia,¹³ tendencia que se encuentra en aumento a nivel mundial.

Recientemente se demostró que la discontinuación de medicamentos en los adultos mayores no se asocia precisamente con eventos desafortunados, de hecho, sólo el 10% de los medicamentos suspendidos tuvieron que readministrarse, debido a la presentación de síntomas de la indicación original del medicamento. En el mencionado estudio se evaluó la viabilidad de aplicar un algoritmo para discontinuación de todas las terapias medicamentosas no estrictamente esenciales para la vida. El algoritmo describe una serie de cuestionamientos sobre el uso del medicamento en el adulto mayor (Figura 4).

Mediante el uso del algoritmo se encontró que dejar de consumir en una media de 4.2 diferentes medicamentos fue totalmente seguro y no se encontraron eventos adversos o muertes relacionadas con su aban-

dono. Sólo el 2% de los medicamentos tuvieron que ser readministrados. En 88% de los adultos mayores la aplicación del algoritmo GP-GP se asoció con un subjetivo mejoramiento clínico, funcional, del estado de ánimo y del cognitivo.¹⁴

En conclusión se puede presentar el siguiente modelo para la prescripción efectiva y segura y así evitar con seguridad la polifarmacia:

- Minimizar el número de medicamentos usados.
- Considerar en todo momento alternativas, especialmente las terapias no medicamentosas.
- Iniciar lento y continuar despacio.
- Valorar la terapia; ajustar la dosis con base en la respuesta individual.
- Educar al paciente y la familia, proveer instrucciones claras y escritas.
- Monitorizar regularmente.

Capacitación y entrenamiento del personal de salud a todos niveles

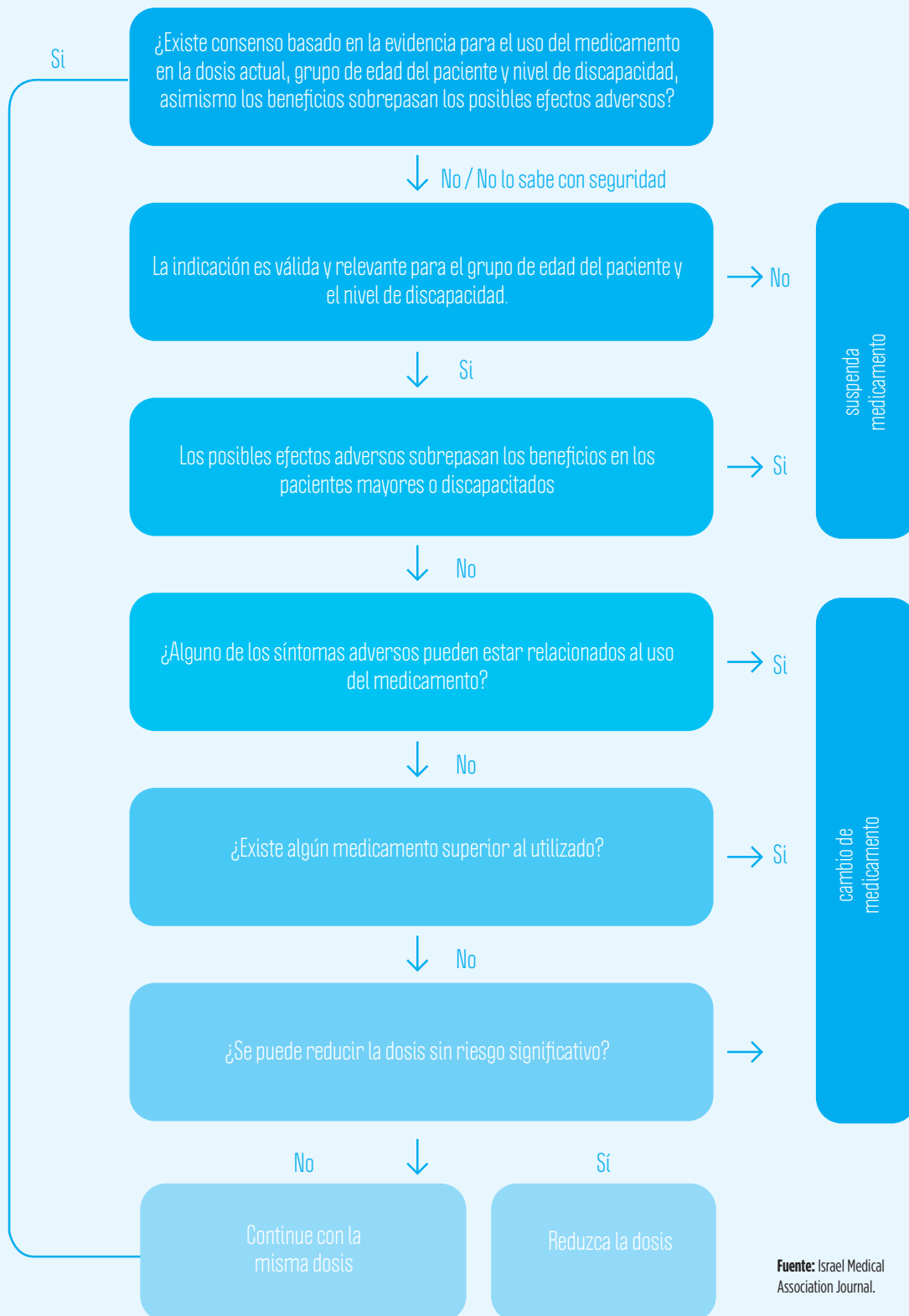
Los primeros geriatras en el Reino Unido tenían como centro de su especialidad la conceptualización e implementación de servicios. Los pasos esenciales para lograrlo fueron los siguientes:

1. Valoración integral de los problemas del individuo (patológicos, físicos, psicológicos y sociales).
2. Realizar un plan para aliviar los problemas que fueran mejorables y relevantes a lo que el paciente quisiera lograr.
3. Revisión regular del progreso y modificación del plan.

Este complejo patrón de atención llevó al desarrollo de un ejercicio multidisciplinario, en el cual el rol de los geriatras era moderar y aceptar la responsabilidad por las decisiones del equipo en el que trabajaban en colaboración con colegas de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, servicio social, psiquiatría, terapia del lenguaje sobre un modelo más consultivo. Al paso del tiempo, con las modernas generaciones de doctores, se fue perdiendo este tipo de colaboración, en la cual existen una gran variedad de profesiones auxiliares y el geriatra es quien modera.

Frecuentemente, es también función del geriatra lidiar con las consecuencias de los errores médicos cometidos

Figura 4. Algoritmo Improving drug therapy in elderly patients -the Good Palliative- Geriatric Practice



antes de que fueran referidos a Geriátrica, así como tratar los efectos adversos de los medicamentos y la conocida polifarmacia.¹⁵ En algunos aspectos los geriatras se encuentran más cercanos al mundo social, psicológico del paciente y no tan apegado al modelo biológico.

El rol del médico general en la atención al adulto mayor también es necesaria e importante, sobre todo en el cuidado a largo plazo del adulto mayor (casas-hogares). Contando con un grado de compromiso y experiencia, el médico general puede ocuparse correctamente del cuidado integral del adulto mayor.

Geriatría y Gerontología en la educación médica

En los últimos años se han creado diversos modelos en la promoción de la educación y capacitación geriátrico-gerontológica en los estudiantes de medicina. El modelo aceptado mayormente es el multidisciplinario, con el cual los estudiantes deben aprender cómo los adultos mayores funcionan en un día cotidiano, su salud, sus necesidades médicas, estilos de vidas y el ambiente social y físico al que se enfrentan.

El programa se divide por años, en el primer año es donde se adquieren habilidades para la comprensión de la fisiología del envejecimiento, historia clínica, examinación del estado mental y asuntos psicológicos que pueden estar envolviendo al adulto mayor. En el segundo año se hacen modificaciones al plan de trabajo del primer año, y se realiza una lista de medidas de seguridad, exploración física, así como una examinación a los medicamentos buscando específicamente interacciones entre ellas. Se conjunta con interconsultas a nutriólogos y especialistas en farmacología.

En los últimos años de la carrera se discuten temas relacionados con la muerte y se realiza una visita con sus médicos de cabecera para observar el ritmo y cuerpo de la consulta geriátrica. Durante todo este tiempo deben de acentuarse y desarrollarse aptitudes de comunicación con el adulto mayor y explorar cuestiones psicosociales, para poder hacer frente exitosamente a la consulta geriátrica.

Durante estos años de educación sobre el estudiante se deberá hacer hincapié en las disciplinas que acompañan el abordaje del adulto mayor, respetar y aceptar que se trata de un ejercicio multidisciplinario, en el cual participan el geriatra, la enfermera, el trabajador social, la fisioterapeuta y el nutriólogo, entre otros.

La Geriátrica a menudo es nombrada como una disciplina de la medicina no esencial; sin embargo, se ha demostrado que grupos de estudiantes, quienes llevan a la Geriátrica como módulo de estudio, son significativamente más efectivos en la atención de los adultos mayores al término de sus estudios.¹⁶

Las enfermeras en Estados Unidos han comenzado a innovar para mejorar su práctica geriátrica, creando colaboraciones entre casas-hogares de atención y cuidado al adulto mayor y universidades. Otorgando un programa de cursos avanzados en la educación formal geriátrica, con título de Enfermera Especialista Clínica.¹⁷

Una comunicación efectiva y la coordinación de los múltiples servicios y la provisión de un sistema de salud costo-efectivo puede ser realmente desafiante, pero al final el objetivo de todo el personal y del programa será preservar la salud e independencia del adulto mayor, el mayor tiempo posible.

Otros modelos de atención

A diferencia del modelo ampliamente utilizado en el norte de Europa donde el personal enfermería o cuidador es agendado para realizar visitas a domicilio del adulto mayor, durante la semana, a través de llamadas telefónicas, y así ayudarlo con tareas de la vida cotidiana. En América del Norte ha tomado cada vez más preeminencia un *modelo de atención híbrido en casas-hogares*. Este modelo híbrido tiene aspectos de una vida independiente en el departamento del adulto y al mismo tiempo goza de los servicios de atención de instituciones diseñadas para el cuidado del adulto mayor conforme transcurren los últimos años de vida.

Para la mayoría de las personas mayores es muy importante mantener la continuidad con el pasado, las conexiones familiares y un ambiente familiar. En un estudio realizado por AARP se encontró que 90% de las personas mayores de 60 años prefieren quedarse en casa que mudarse a una casa-hogar de adultos mayores.¹⁸

Entonces, ¿por qué las personas mayores no pueden quedarse en casa hasta que mueran? Lo cierto es que a menudo las parejas mayores lo hacen, compensando aptitudes que les permiten permanecer independientes, mediante el ejercicio de la interdependencia. Pero cuando uno de ellos muere se incrementa mucho más la dificultad de permanecer independiente en la comunidad.¹⁸ Bajo este concepto y la premisa de que

el ambiente físico no es el mayor problema o barrera y que terribles ambientes físicos pueden ser superados por una excelente red de apoyo y atención, mientras que el mejor ambiente físico posible nunca superará a una atención pobre en asistencia a la salud y red de apoyo; se creó el siguiente modelo híbrido de atención al adulto mayor, con el objetivo de crear independencia y al mismo tiempo proveer atención médica.

A pesar de que mudarse a hogares de adultos mayores puede ser traumático, en ocasiones puede ser la mejor solución, dadas las opciones disponibles.

¿Cuál es la diferencia de vivir en casa independientemente, a vivir en casas-hogares de grupos de adultos mayores? Generalmente en caso de necesitar frecuentemente ayuda y asistencia, los cuidadores conviven en el mismo ambiente, facilitando el servicio de atención. Los adultos mayores viven en una habitación en la cual las puertas no están cerradas con llave. El espacio para dormir puede ser el único espacio personal que posean. Actividades y comidas son realizadas en grupo. Se comparte equipo y el personal provee diferentes clases de terapia (física, ocupacional, lenguaje, ejercicio físico). Lo que significa que dependen unos de otros.

Estos nuevos modelos se enfocan en aumentar la privacidad, control, capacidad de decisión, independencia, autonomía y libertad. Basados en los siguientes puntos clave para lograrlo:¹⁸

- Pequeños grupos de personas (total de 50-70 residentes).
- Diseño de interiores y exteriores tipo no institucionalizado, con aspecto de apartamento o condominio.
- Enfocar especial atención en el acceso y diseño de espacios exteriores.
- Realizar actividades de la vida diaria, como la compra de alimentos, cocinar, etc.
- Involucrar a familiares y amigos.
- Cuidar el diseño de los departamentos-habitaciones.
- Capacitar a cuidadores del adulto mayor.
- Estimular los sentidos y crear felicidad.

Para que este modelo híbrido de casa-hogar funcione, el truco se encuentra en crear un verdadero departamento o condominio y olvidarse de todo tipo de diseño institucionalizado tanto de interiores como exteriores.

Al mismo tiempo contar con el paquete de servicios indispensables conforme a las necesidades de los adultos mayores que van incrementándose a través de los años hasta su muerte.¹⁸

En México, la ejecución de este modelo se ve dificultado por la gran cantidad de obstáculos socio-económicos de los adultos mayores, como lo son: ingresos reducidos, dependencia del grupo doméstico y, en algunas ocasiones, aunque vivan con su familia, soledad o aislamiento.

Los ancianos con menores ingresos son los que menor oportunidad tienen de participar en los programas institucionales de apoyo, como son la formación de clubes y grupos de autoayuda para recibir pláticas de orientación sobre sus enfermedades, hacer ejercicios y otras actividades recreativas; aunque implican beneficios para ellos, tienen otras necesidades inmediatas: cuidar a los nietos, realizar actividades domésticas e incluso trabajar en empleos ocasionales, lo que tiene repercusiones para su salud.¹⁹

Para afrontar estos problemas, es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario conformado por médicos geriatras y gerontólogos, enfermeras gerontólogas, gericulturistas, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, dietistas, odontólogos y podólogos; todo el equipo debe trabajar conjuntamente en el mismo establecimiento y por el mismo fin.

En conclusión, cualquier modelo de atención al adulto mayor requiere de un equipo multidisciplinario que interaccione para afrontar integralmente las condiciones crónicas y la situación social que afrontan día a día los adultos mayores.

Nuestra posición

Coordinación entre niveles de atención

Partiendo de la idea de la necesidad de contar con un modelo de atención centrado en el adulto mayor, y basados en los objetivos de la atención primaria en salud para América Latina, consideramos que para poner en marcha un servicio que cubra las necesidades del adulto mayor se debe trabajar en fortalecer la atención primaria y mejorar los niveles de coordinación entre los diferentes servicios de atención en salud, se debe trabajar en un sistema de salud que, entre otras cosas:

Un sistema de salud mejor adaptado a las necesidades de los ancianos

- Garantice el acceso universal y equitativo de la población adulta a una atención integral e integrada basada en una relación continua y personalizada con los proveedores de atención primaria.
- Brinde servicios seguros y de alta calidad y promueva una cultura de calidad en las instituciones y proveedores de atención primaria en salud.
- Asegure por parte de los trabajadores de la salud las habilidades eficaces de comunicación y el respeto por la autonomía de la persona mayor.
- Se reciba de parte del prestador de servicios de salud un trato digno y aceptable hacia los usuarios, de acuerdo con su contexto sociocultural y personal.
- Asegure el acceso de primer contacto a la población adulta mayor, incluidos los servicios de urgencia 24 horas al día y la efectiva referencia a los proveedores asignados de atención primaria.
- Garantice la atención integral (salud física y mental, episodios agudos, cuidados crónicos, paliativos y de rehabilitación, actividades de promoción y prevención) e integrada a los individuos adultos mayores.
- Facilite la coordinación entre las instituciones, los profesionales y los trabajadores que proveen servicios de salud en diferentes puntos de atención, para evitar la fragmentación y lograr la atención integrada.
- Planifique la oferta local de los servicios necesarios dentro de la estrategia de atención primaria en salud para responder a las necesidades de salud de la población de la tercera edad.
- Promueva un enfoque comunitario y participativo de la atención y la gestión de los servicios.

Estrategias de prevención en los ancianos

Es fundamental desarrollar y llevar acciones eficientes, efectivas y en equidad de condiciones para el adulto mayor, esto llevado a cabo por los tomadores de decisiones en conjunto con un grupo interinstitucional y multidisciplinario que tienda a resolver los problemas propio del adulto mayor.

Tomando como base en las recomendaciones propuestas por la Conferencia interamericana de seguridad social sobre el desarrollo de un plan gerontológico interamericano (2010), planteamos las siguientes estrategias que en nuestra opinión son efectivas y de bajo costo.

Las recomendaciones planteadas son:

1. Generar actividades, con la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales, tomando como eje las necesidades del adulto mayor, involucrándolos en dichas demandas para tomar decisiones que los involucren.
2. Fomentar la atención integral gerontológica universal y completas, sin exclusiones ni restricciones, promoviendo el autocuidado de la salud.
3. Desarrollar proyectos enfocados a brindar una prestación económica digna para todos los adultos mayores, asegurando un ingreso que permita satisfacer sus necesidades mínimas.
4. Promover la solidaridad y el apoyo mutuo entre generaciones.
5. Facilitar el desarrollo de la investigación en el campo de la Geriatria para que de esta forma se tenga el conocimiento necesario de la vejez y sus repercusiones en todas las esferas del adulto mayor.
6. Promover el desarrollo personal e intelectual de los adultos mayores.
7. Difundir permanentemente el programa de acción específico para el adulto mayor.
8. Priorizar los programas hacia los sectores más vulnerables de los adultos mayores.
9. Generar una toma de conciencia en la sociedad sobre las situaciones de exclusión e inequidad a las que se enfrentan los adultos mayores en México.

Educación sobre la salud a los ancianos

La educación en la tercera edad debe partir de que sea ofrecida al adulto mayor para conservar su autosuficiencia, mejorar la adaptación social, y mantener el vínculo con el desarrollo social actual.

Es necesario y fundamental planear y determinar los métodos que sean efectivos para transmitir mensajes que enseñen y eduquen al adulto mayor ajustados a sus necesidades y a sus alcances, además de esto debe demostrarse que la posibilidad de aprender en el hombre existe a lo largo de la vida, en mayor o menor grado.

Mediante la educación en la tercera edad puede lograrse que el anciano se encuentre interesado en el futuro, que se sienta parte de la sociedad, con funciones y roles sociales.

La perspectiva a partir de la cual se deben desarrollar políticas y programas en educación del adulto mayor

deben tener en cuenta las dimensiones desde las cuales se puede abordar el envejecimiento.

- El envejecimiento físico: desde esta dimensión es necesario crear programas educativos que enseñen al adulto mayor sobre los cambios que genera el envejecimiento y cómo hacer frente a ellos, es necesario fomentar el autocuidado de la salud y el apoyo de la familia como un componente importante para lograr un envejecimiento digno.
- El envejecimiento biológico: se manifiesta en niveles de trastorno o deterioro funcional y cognitivo, está ligado al envejecimiento físico, el hacer consciente al adulto mayor de estos cambios y educarlo para sobrellevarlos parece una alternativa adecuada para mejorar la calidad de vida, la continua actualización del conocimiento previamente adquirido y el conocimiento nuevo genera en el adulto mayor la oportunidad de reintegrarse a la sociedad de una forma productiva y eficiente.
- El envejecimiento social o cultural: se refiere al rol que juega el adulto mayor en la sociedad y a las conductas que éste debe tomar en determinada edad; es importante que se vea el proceso de educación como posibilidad de lograr salud en el anciano tanto psíquica como físicamente, como la forma de brindar elementos técnicos y fomentar en ancianos conceptos y pautas de conducta, derivadas de las propias discusiones, experiencias y confrontación con otros ancianos.

Uso de medicamentos en ancianos

El abuso potencial y el uso inapropiado de fármacos de prescripción en adultos mayores de 65 años y más están en aumento. Aunque la prevalencia de esta condición es difícil de estimar, se sabe que es más frecuente en mujeres. No se han encontrado diferencias significativas

entre los grupos en las variables sociodemográficas y la comorbilidad médica.

Aunque el uso de BDZ está indicado en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, como tratamiento principal o coadyuvante en el manejo de los síntomas de ansiedad asociados con un cuadro de depresión mayor, se ha contraindicado en adultos mayores por el riesgo de uso inapropiado, abuso potencial y dependencia.

El sistema de salud del futuro

Como es verdad en muchos otros aspectos de nuestro sistema de salud, nos enfrentamos a los problemas de un sistema organizado para la atención curativa y aguda, fundamentalmente hospitalaria y basada en un modelo médico tradicional. Como hemos discutido en este documento, los sistemas desarrollados en el mundo están sufriendo una transformación para adecuarse a las demandas de una población cada vez más grande de adultos mayores, experimentando nuevos modelos, utilizando estrategias exitosas del pasado.

En nuestro caso tenemos que transformar el sistema de salud que tenemos, reconocer su ineffectividad y sus ineficiencias, y al mismo tiempo ajustarlo a las demandas de salud de la población de adultos mayores que también tenemos que afrontar.

Los retos son muchos, sin embargo nos gustaría cerrar reconociendo dos en particular: 1) ¿Cómo lograr un sistema de atención primaria en el que el médico y el equipo de primer contacto tenga los conocimientos y habilidades para manejar las necesidades de salud de los adultos mayores?; y 2) ¿Cómo estructurar a la Geriatria y la Gerontología a lo largo del sistema de salud y en sus distintos niveles de atención?

Sin duda la respuesta a estos retos llenará las agendas de los investigadores, analistas y funcionarios de salud en los años por venir.

Referencias

- Rodríguez, P., La atención integral centrada en la persona: Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia, Informe portal mayores, noviembre de 2010.
- Abrantes, R. y Juárez, C., Reflexiones en torno a los retos del sistema público de salud frente al problema del envejecimiento en México, en Envejecimiento humano, una visión transdisciplinaria. Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Geriátría, 2010.
- Programa de Acción Específico 2007-2012, Envejecimiento, México, Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, 2008.
- Laxminarayan, R.; Chow, J. y Shahid-Salles, S., La costo-efectividad de las intervenciones: repaso general de las ideas más importantes. Disponible en: <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCPSpanish2.pdf>, realizada el 29 de octubre de 2011.
- Organización Mundial de la Salud, Glosario de promoción de la salud, Ginebra, OMS, 1998.
- Cho, S.; Lau, S. W.; Tandon, V.; Kumi, K.; Pfuma, E. y Abernethy, D. R., Geriatric Drug Evaluation. Where are we now and where should we be in the future, *Arch. Intern. Med.*, 2011, 171 (10): 937-940.
- Bouyom, F. y Wlather, B., Pharmacokinetic predictions in children by using the physiologically based pharmacokinetic modeling, *Fundam Clin Pharmacol*, 2008, 22 (6): 579-587.
- Pengo, V.; Legnani, C.; Noventa, F. y Palareti, G., Iscoat Study Group (Italian Study on Complications of Oral Anticoagulant Therapy). Oral anticoagulant therapy in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and risk of bleeding. A multicentered Inception Cohort Study, *Thromb Haemost*, 2001, 85 (3): 418-422.
- Rowland Yeo, K.; Jamei, M.; Yang, J.; Tucker, G. T. y Rostami-Hodjegan, A., Physiologically based mechanistic modeling to predict complex drug-drug interactions involving simultaneous competitive and time-dependent enzyme inhibition by parent compound and its metabolite in both liver and gut-the effect of diltiazem on the time-course of exposure to triazolam, *Eur. J. Pharm. Sci.*, 2010, 39 (5): 298-309.
- Tralongo, P.; Ferrà, F.; Borsellino, N.; Verderame, F.; Caruso, M.; Giuffrida, D., *et al.*, Cancer patient-centered home care: a new model for health care in oncology, *Ther. Clin. Risk Manag*, 2011, 7: 387-392.
- Willcox, S. M.; Himmelstein, D. U. y Woolhandler, S., Inappropriate Drug Prescribing For the Community-Dwelling Elderly, *JAMA*, 1994, 272 (4): 292-296.
- Gorard, D. A., Escalation polypharmacy, *Q. J. Med.*, 2006, 99: 797-800.
- Hoskins, B., Safe prescribing for the elderly, *Nurse Pract*, 2011, 36 (12): 47-52.
- Garfinkel, D. y Mangin, D., Feasibility Study of a Systematic Approach for discontinuation of Multiple Medications in Older Adults, *Arch. Intern. Med.*, 2010, 170 (18): 1648-1654.
- Evans, J. G., Geriatrics, *Clinical Medicine*, 2011, 11 (2): 166-172.
- Arnold, L.; Shue, C. K. y Jones, D., Implementation of geriatric education into the first and second years of a baccalaureate-MD degree program, *Acad. Med.*, 2002, 77 (9): 933-934.
- LeCount, J., Education, empowerment, and elderly adults. Enhancing nursing expertise in the long-term care setting, *J. Gerontol Nurs.*, 2004, 30 (3): 6-13.
- Regnier, V. y Denton, A., Ten new and emerging trends in residential group living environments, *NeuroRehabilitation*, 2009, 25 (3): 169-188.
- Campos-Navarro, R. y Torrez, D., Arganis-Juarey, en Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México, *Cad Saude Pública*, 2002, 18 (5): 1271-1279.

Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico

Víctor Manuel Mendoza Núñez*
María de la Luz Martínez Maldonado**

Introducción

Partimos de la idea de que el envejecimiento tiene una dimensión material, que ocurre en los humanos en su expresión orgánica, biológica y social; y una dimensión cultural y subjetiva, referida a la interpretación y a la forma como se enfrenta y se vive este proceso desde la subjetividad individual y colectiva.

El envejecimiento y la vejez en la actualidad se configuran como un objeto epistemológico que puede entenderse o interpretarse en varios sentidos y que provoca juicios diversos. Aparecen como conceptos polisémicos y con interpretaciones en ocasiones contradictorias. Pueden ser aprehendidos, por ejemplo, como un estado o estatus, como un estadio vital, como un proceso, o bien, como una construcción social.¹⁻⁷ Cada una de estas formas contiene un significado de “viejo”, de “vejez” y de envejecimiento y, con base en ello, se da lugar a la definición de políticas y acciones destinadas a este sector social. Para comprender la realidad actual de la población de viejos es necesario conocer las actitudes e imágenes que las sociedades se han formado sobre ellos con el fin de entender la problemática que enfrentan, así como los mecanismos que las distintas instituciones responsables han generado para enfrentar sus requerimientos y demandas. En este sentido, Bourdieu⁸ señala que cada sociedad elabora un cuerpo de problemas sociales considerados como legítimos para lo cual crea instituciones y organismos que construyen su propio significado del problema social que esté a su cargo, que es impuesto a la sociedad. En este sentido,

el significado de vejez y de envejecimiento no es un elemento universal sino que se define en función de los discursos preponderantes en diferentes épocas.⁹

En este sentido, el medio social crea la imagen de los viejos a partir de las normas, valores, prácticas y saberes que prevalecen en épocas y sociedades determinadas, esto es, cada cultura establece su propio modelo o modelos de viejo y los juzga con referencia a ese patrón. En este sentido, dos visiones de la vejez han dominado, una positiva y otra negativa, que tienen sustento en cuatro factores: 1) fragilidad física, 2) conocimiento y experiencia, 3) el cuerpo y sus cambios y 4) acumulación de la riqueza.

La vejez, en consecuencia, se constituye en una construcción social tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en espacios sociohistóricos determinados, adoptando los significados y características generales de esos espacios. Por lo tanto, es fundamental entender a la vejez y al envejecimiento como un proceso dinámico, heterogéneo e histórico en el que tanto los significados que los viejos tienen de la vejez y del envejecimiento, como sus prácticas, se ven mediados por las relaciones de poder que las instituciones (familia, Iglesia, gobierno, Estado) establecen con el anciano a través de sus discursos.⁹

Por lo que respecta a la dimensión material del envejecimiento —y en el marco del ciclo vital humano— se considera que el envejecimiento se inicia después de alcanzar la madurez biológica, psicológica y social, y no desde la concepción o nacimiento como proponen

* Doctor en Ciencias Biológicas, director de la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

** Maestra en Gerontología Social y candidata a doctora en Salud Colectiva. Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza, UNAM.

algunos autores, ya que el simple paso del tiempo no lo determina; de ahí que Hayflick señale que “el envejecimiento ocurre en el tiempo, pero no por el paso del tiempo”.¹⁰ En este sentido, iniciaremos con la presentación de nuestro marco conceptual con el fin de evitarle confusiones al lector, ya que es muy probable que los conceptos adoptados por nuestro grupo de investigación difieran de los de otros autores.

Para comprender el proceso gradual y adaptativo que caracteriza al envejecimiento es necesario considerar los mecanismos biológicos involucrados, tales como la homeostasis, la alostasis, la carga alostática, el estrés oxidativo y la hormesis.

1. Homeostasis se refiere al equilibrio dinámico multisistémico que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado, acorde con las demandas endógenas y exógenas a las que se ve expuesto el individuo en todo momento.
2. Alostasis es la respuesta adaptativa del organismo para mantener la homeostasis ante las exigencias endógenas y exógenas determinadas por el estado de salud, los estilos de vida, factores psicológicos y ambientales.
3. Carga alostática representa el costo de una alostasis repetitiva o ineficiente, por la exposición continua a los factores que generan estrés biológico, haciendo menos eficiente el proceso alostático e incrementando la vulnerabilidad para la aparición de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas durante el proceso de envejecimiento.
4. Estrés oxidativo es un desequilibrio bioquímico caracterizado por un desbalance en favor de los radicales libres respecto a la actividad antioxidante, propiciando daño oxidativo a macromoléculas (proteínas, carbohidratos, lípidos y ADN), cuya alteración ha sido vinculada con el proceso de envejecimiento.
5. Hormesis es otro mecanismo biológico relacionado con la longevidad y el envejecimiento exitoso; se define como un proceso adaptativo secundario a la exposición gradual, continua y a dosis seguras, a sustancias químicas, cambios físicos, psicológicos y sociales, que fortalecen la homeostasis e incrementan la longevidad, los cuales, a dosis altas, son dañinos, tales como la ingesta de bebidas alcohólicas, ejercicio físico, radiación y estrés psicosocial.¹¹⁻¹⁸

En este contexto definimos el envejecimiento humano como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.^{19,20}

En términos generales se considera que el envejecimiento se inicia a partir de la quinta década de la vida (alrededor de los 45 años), ya que en esta etapa de la vida los cambios biológicos relativos al envejecimiento se presentan en la mayoría de los aparatos y sistemas, lo cual propicia una disminución gradual de la respuesta homeostática, que se traduce en una vulnerabilidad para la presencia de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas, la cual se va acentuando conforme aumenta la edad. Por otro lado, la vejez es una etapa de la vida cuya edad de inicio la establece la sociedad, de ahí que en la actualidad en los países en desarrollo como México se acepta como inicio de la vejez los 60 años mientras que en los países desarrollados la edad de inicio es a los 65 años.²¹

Asimismo, se reconoce que las características físicas, psicológicas y sociales de la población de 60 años y más se van diferenciando conforme aumenta la edad; de ahí que se haya propuesto clasificar a los ancianos por grupos de edad con el fin de que los programas gerontológicos respondan a sus necesidades específicas. Al respecto, nuestro grupo de trabajo ha adoptado la siguiente clasificación propuesta por Berenice Neugarten:²²

- **Viejos-jóvenes, de 60 a 74 años.** Son potencialmente activos y en su mayoría funcionales; este grupo de edad representa un capital social fundamental para el paradigma del envejecimiento activo.
- **Viejos-viejos, de 75-89 años.** Tienen mayor riesgo de presentar limitaciones en la funcionalidad física, psicológica y social. Por tal motivo, requieren programas gerontológicos diferenciados para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad, además de prevenir la fragilidad.
- **Viejos-longevos, de 90 y más años.** Grupo poblacional vulnerable desde el punto de vista biológico, psicológico y social, de ahí que sea necesario

implementar programas de gerontología asistida para prevenir y controlar la fragilidad en el ámbito comunitario, en el marco del envejecimiento activo.

Es innegable que a partir de los 60 años de edad los cambios psicobiológicos relativos al envejecimiento son más evidentes que al inicio del proceso; por tanto, la mayoría de los programas gerontológicos se enmarcan en las personas de 60 años y más. No obstante, es recomendable ampliar los programas gerontológicos que promueven el envejecimiento saludable a partir de la quinta década de la vida (45 años de edad).

Gerontología comunitaria

La gerontología comunitaria es el campo de estudio que se encarga de planear, organizar y desarrollar estrategias para la implementación de programas de intervención que permitan lograr el máximo de salud, bienestar y calidad de vida de las personas que inician el proceso de envejecimiento y de los ancianos en su entorno social y comunitario con la participación de la familia, la comunidad y los propios adultos mayores.²³ La gerontología comunitaria se enmarca en el paradigma del envejecimiento activo y la promoción de la salud. En este sentido, la participación de los adultos mayores en la organización y desarrollo de los programas gerontológicos constituye el elemento clave. Por tal motivo, la participación social razonada de los ancianos con conocimientos básicos relativos a las implicaciones biológicas, psicológicas y sociales del envejecimiento es indispensable para lograr su empoderamiento en su beneficio.

Envejecimiento saludable

Uno de los objetivos fundamentales de la gerontología comunitaria es lograr que los adultos mayores adopten un envejecimiento saludable, entendido como el proceso mediante el cual las personas adultas mayores adoptan, adecuan o fortalecen estilos de vida que le permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de las estrategias de autocuidado, ayuda mutua y autogestión, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formales e informales, en el marco del envejecimiento activo.

Los estilos de vida que han demostrado tener un impacto significativo en la salud, bienestar y calidad de vida en la vejez son: a) una alimentación adecuada, b) ejercicio físico periódico y seguro, c) higiene personal

adecuada, d) sueño suficiente y reparador, e) recreación, y f) una alta autoestima. En este sentido, la gerontología comunitaria busca implementar estrategias que propicien el mantenimiento, adopción o adecuación de los estilos de vida antes señalados, considerando el contexto social específico de los individuos. Un componente indispensable en la implementación de los programas de envejecimiento saludable es la autorregulación (automonitoreo), con lo cual el anciano se responsabiliza del registro y nivel de cumplimiento de las estrategias y acciones para mantener, fortalecer, adecuar o adoptar los estilos de vida saludables.²⁴

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud establece que, desde el punto de vista gerontológico, se consideran como sanas a las personas adultas mayores, sin o con enfermedades crónicas controladas no terminales, que mantengan su funcionalidad física, mental y social, acorde con su edad y contexto sociocultural. Por tal motivo, acorde con este concepto en la vejez se puede catalogar a los viejos como “diabéticos sanos o enfermos”, “hipertensos sanos o enfermos”, dependiendo de si están controlados y mantienen la funcionalidad física, mental y social.²⁴

La percepción del estado de salud tiene componentes objetivos y subjetivos; estos últimos adquieren gran relevancia durante la vejez, ya que es común que muchos viejos digan “me siento mal”, sin precisar signos y síntomas específicos que se puedan enmarcar en algún cuadro clínico descrito por la literatura médica. También algunos profesionales médicos sin formación gerontológica hacen señalamientos erróneos como los siguientes: “la mayoría de los viejos son achacosos”, “los viejos se quejan de todo, pero sus molestias son debidas a su edad”, “como nadie les hace caso, los viejos se dedican a inventar enfermedades”, “como los viejos están solos la mayor parte del tiempo, acuden al médico sólo para platicar”, “ya no se puede hacer nada por los viejos, todos están enfermos”, “la vejez, en gran medida, es un tipo de enfermedad”, “la mayoría de los viejos no tienen nada, sólo están deprimidos”.²⁴

Desde el punto de vista gerontológico, además de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, si la persona “se siente mal”, es decir percibe algún malestar subjetivo psicológico o social, debe solicitar atención, ya que las molestias subjetivas deben ser atendidas a tiempo, para evitar repercusiones físicas y afectación en la calidad de vida.

Redes de apoyo social

Las redes de apoyo social constituyen un elemento fundamental para la gerontología comunitaria; se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social, permitiéndole recibir y proporcionar apoyo material, instrumental, emocional e informativo (Figura 1).

Las redes de apoyo social se subdividen en: a) informales, cuando el sistema de apoyo para el individuo abarca a la familia, amigos y grupos comunitarios autónomos; b) formales, incluyen a las instituciones u organizaciones gubernamentales y privadas que poseen un sistema burocrático, en el que se tienen normas y objetivos específicos y generalmente participan profesionales.

El envejecimiento transcurre en un ámbito social con los amigos, compañeros de trabajo, vecinos y familiares; de ahí que el envejecimiento activo considera a la interdependencia y la solidaridad intergeneracional como elementos fundamentales de las redes de apoyo social informales. Al respecto, se ha demostrado que los cuidados informales contribuyen y complementan de manera significativa los cuidados formales que se les brindan a los ancianos. Se ha demostrado también que los vínculos sociales permanentes y satisfactorios constituyen un elemento fundamental para la salud y bienestar durante la vejez.²⁵

Envejecimiento activo

En las últimas décadas el término envejecimiento activo se ha difundido de manera amplia en los discursos internacionales y nacionales, siendo importante entender cómo y con qué fines se hace uso de este término en dichos discursos. ¿Qué debemos entender por “envejecimiento activo”? ¿Qué idea debemos tener en mente al invocarlo? ¿El término equivale a hablar de un envejecimiento “exitoso”, “saludable” o “productivo”?

Envejecimiento exitoso

El constructo de envejecimiento exitoso fue propuesto en 1987 por John Rowe y Robert Kahn, quienes plantearon la posibilidad de un envejecimiento distinto al envejecimiento vinculado con el deterioro físico y mental equivalente a un proceso morboso, “envejecimiento típico”. Esto es, proponían distinguir entre las

manifestaciones que presenta la persona que envejece asociadas con el envejecimiento *per se* de aquellas debidas a los efectos de la enfermedad.²⁶

De acuerdo con Engler,²⁷ el enfoque del envejecimiento exitoso se dio a partir de una iniciativa del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), al reconocer la contribución económica de los adultos mayores, sobre todo en países pobres. Se fomentó la inversión institucional en créditos para proyectos productivos promoviendo la no segregación de los adultos mayores de las actividades productivas; asimismo, se sostuvo que la clave para un “envejecimiento exitoso” era mantenerse activo y gozar de éxito financiero.²⁸

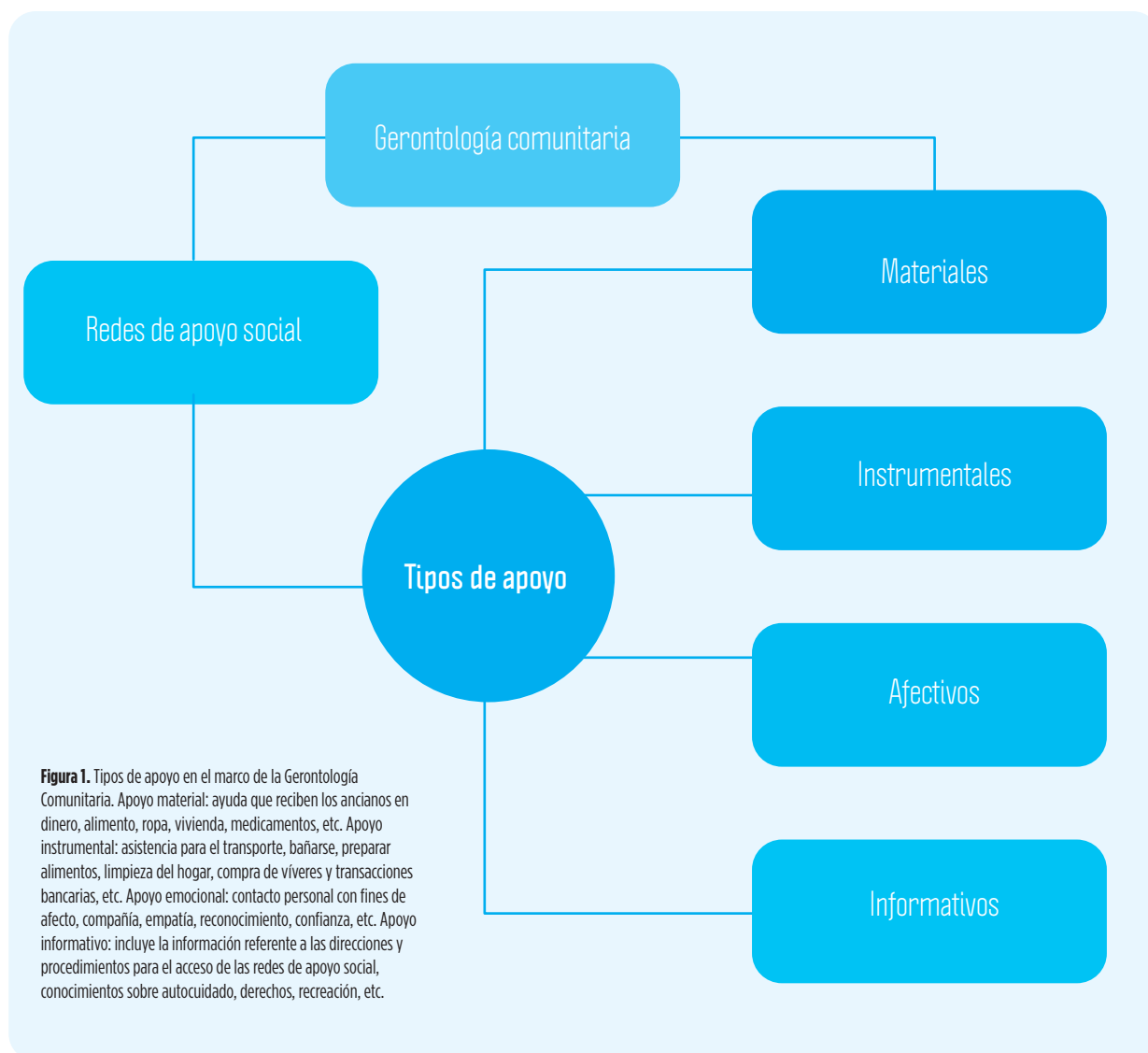
El enfoque del envejecimiento exitoso ha recibido serias críticas por idealista, por responsabilizar al individuo de no lograr un envejecimiento exitoso y por pretender homogenizar a todos los viejos sin tomar en cuenta los factores culturales, sociales, económicos, políticos y aquellos relacionados con historia de vida de cada persona vieja.

Envejecimiento productivo

El envejecimiento productivo se refiere a: (a) cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produzca bienes o servicios, sea remunerada o no, o desarrolle la capacidad para producirlos, (b) la capacidad de los ancianos para servir en la fuerza de trabajo remunerada o en actividades de voluntariado, para ayudar en la familia y así mantenerse tan independiente como sea posible.²⁹⁻³⁰ En este sentido, el objetivo del envejecimiento productivo es crear conciencia en las comunidades, en los centros laborales y en la misma población de viejos sobre lo mucho que pueden ganar si permanecían activos más allá del retiro. Entre las alternativas está el continuar laborando en empleos de medio tiempo o incluso de tiempo completo en forma independiente. Esta aproximación constituye una propuesta en la que subyace la incapacidad del Estado para hacer frente a las demandas del aumento de una población en proceso de envejecimiento.

Envejecimiento activo, propuesta de la OMS

El concepto de envejecimiento activo fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 definiéndolo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que



las personas envejecen”. El término activo se refiere a la participación continua de los adultos mayores en forma individual y colectiva, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solamente a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Este concepto en el plano operativo se refiere al empoderamiento de los adultos mayores en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en los que están inmersos.³¹

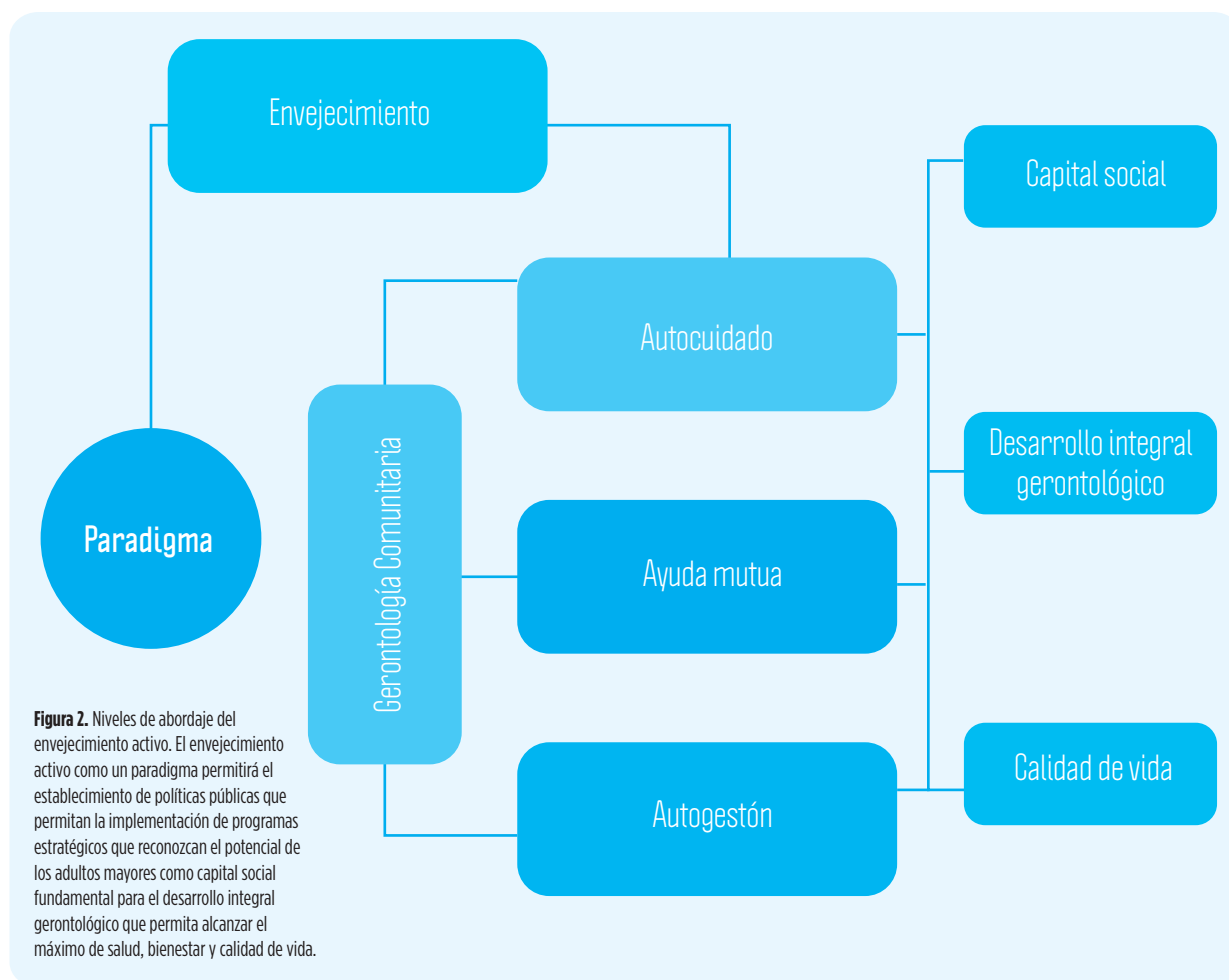
El envejecimiento activo tiene tres niveles de abordaje, como: a) paradigma, b) estrategia política y c) acción instrumental a nivel comunitario (Figura 2).

El paradigma del envejecimiento activo vinculado con el enfoque del ciclo vital humano permite tener una

visión teórica diferente a las teorías de la desvinculación y la dependencia, con lo cual se pueden sustentar la estrategia política y las acciones pragmáticas.

La esencia del concepto moderno de envejecimiento activo es una combinación de los elementos nucleares del envejecimiento productivo con énfasis en la calidad de vida y bienestar físico y mental. En este sentido, se puede visualizar al envejecimiento activo en términos de salud, independencia y productividad durante el proceso de envejecimiento.²⁶

El envejecimiento productivo se refiere a la actividad de un individuo anciano que le permite generar o desarrollar la capacidad de producir bienes o servicios de calidad en condiciones remuneradas o no remuneradas.



Frecuentemente, de manera simplista se asocia el envejecimiento activo con el realizar ejercicio físico o propiciar que los ancianos trabajen el mayor número de años posible de su vida. Este enfoque es muy limitado y no abarca el concepto moderno del envejecimiento activo; por tal motivo Walter³² propone los siguientes siete principios que permiten delinear los componentes del envejecimiento activo.²⁶

1. La actividad en el marco del envejecimiento activo debe contribuir al bienestar individual, familiar, comunitario y social y no limitar su enfoque al trabajo remunerado.
2. El envejecimiento activo debe tener un enfoque preventivo, incluyendo en lo posible a todos los grupos de edad. Al respecto, uno de los objetivos primordiales deberá ser la prevención de la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la pérdida de habilidades.
3. El envejecimiento activo debe abarcar a toda la población de viejos, incluyendo a los frágiles y dependientes. En este sentido, el grado de participación será acorde con las condiciones físicas, psicológicas y sociales del individuo.
4. Una característica fundamental del envejecimiento activo deberá ser el mantenimiento y fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional.
5. El envejecimiento activo debe considerar derechos y obligaciones. Por tal motivo, el derecho a la protección social, educación y capacitación a lo largo de la vida deberá ir acompañada por la obligación de tomar ventaja de la educación y capacitación para ampliar o ejercer de manera más eficiente el envejecimiento activo en sus diferentes vertientes.
6. El envejecimiento activo debe ser participativo con empoderamiento. Por tal motivo, la adquisición de conocimientos sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento son indispensables,

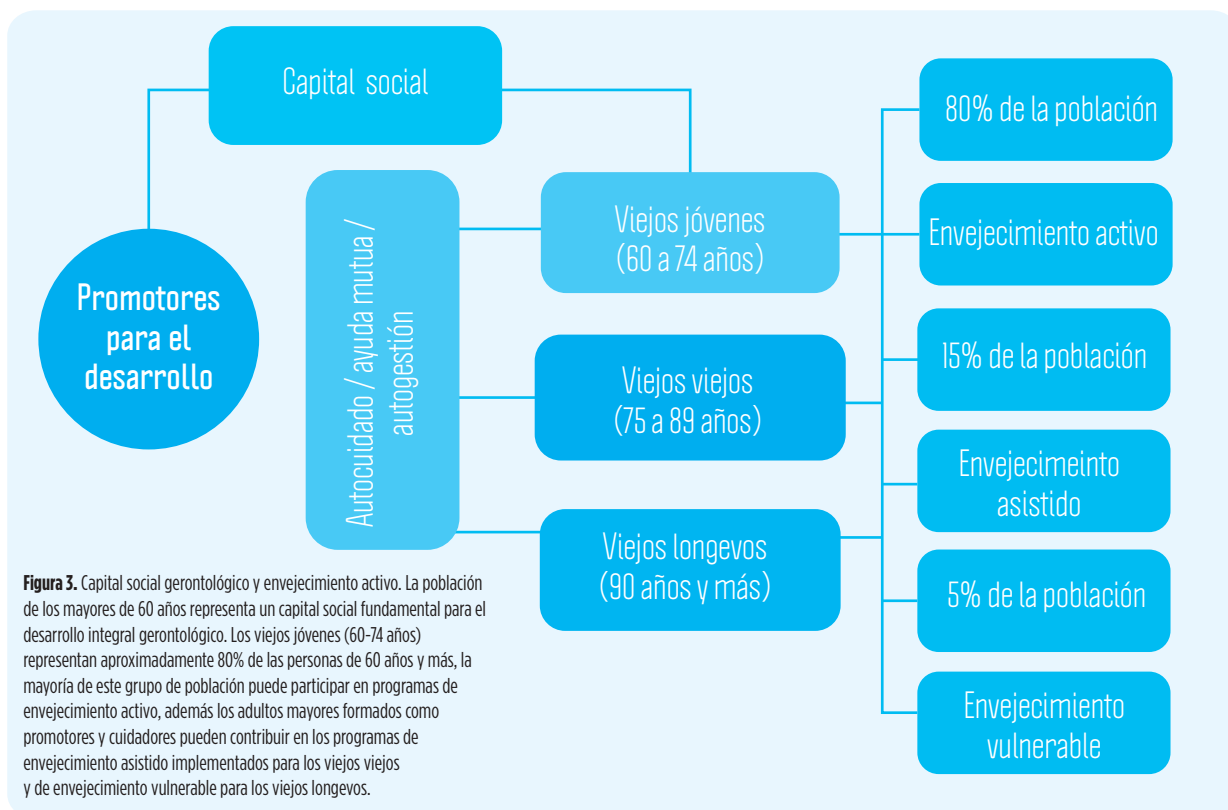
para poder asumir la responsabilidad el rol social de “viejo activo”.

- En la aplicación del concepto de envejecimiento activo debemos considerar los elementos nacionales, locales y la diversidad cultural. De ahí que se debe evitar extrapolar programas de intervención gerontológica desarrollados en contextos distintos al de nuestra población.

Por otro lado, el envejecimiento activo como marco político constituye una alternativa factible para sustituir el modelo actual que visualiza al adulto mayor como un ser decadente y enfermizo, sin posibilidades de un desarrollo social y económico; de ahí que con frecuencia se considere a los viejos como una carga social y económica. Por tal motivo el establecimiento de políticas públicas que propicien el desarrollo de un Plan Nacional Gerontológico que sirva de marco general para la implementación de Planes y Programas Gerontológicos Estatales diferenciados permitirá alcanzar las siguientes metas señaladas por la OMS para los países que adopten esta estrategia.³¹

- Menos muertes prematuras.
- Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.
- Menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.

El envejecimiento activo como estrategia para la implementación de programas de intervención gerontológica a nivel comunitario representa una de las opciones más plausibles, considerando el capital social que representa la población de viejos-jóvenes. En este sentido, este grupo de población puede participar activamente en su beneficio y el de los demás adultos mayores a través de las acciones de autocuidado, ayuda mutua y autogestión (Figura 3).



Desarrollo integral gerontológico

Las visiones del envejecimiento y la vejez son determinantes en la implementación de políticas públicas y del desarrollo de los programas de intervención comunitarios. Al respecto, a lo largo de la historia han dominado tres visiones: (a) la vejez como deterioro, (b) la vejez como ruptura, y (c) la vejez como carga social. Las tres tienen en común una representación social negativa de la vejez.³³

La gerontología como campo de estudio científico del envejecimiento, la vejez y los viejos, con un enfoque hegemónico aristotélico le ha dado mayor énfasis a los aspectos biomédicos y psicológicos negativos, resaltando el deterioro y declive funcional, sin considerar que algunas condiciones implican evolución y desarrollo conforme aumenta la edad o que son estables a través de la edad. Este enfoque negativo ha generado y promovido las representaciones sociales negativas del envejecimiento y la vejez.³⁴

No obstante, en forma paralela también han surgido y se han desarrollado algunos enfoques positivos que enfatizan los beneficios y oportunidades que brinda el envejecimiento y la vejez, tales como: (a) la vejez como producto cultural e histórico, (b) la vejez como oportunidad, (c) la vejez como tiempo productivo.³³ En este sentido es importante señalar, que también es un error tener visiones sesgadas eminentemente positivas, ya que no se puede negar que los cambios biológicos del envejecimiento y la mayor edad incrementan la vulnerabilidad para enfermedades crónico-degenerativas. Por otro lado, tampoco podemos generalizar y suponer que el contexto sociocultural es similar para todos los viejos brindándole oportunidades para su cuidado y desarrollo gerontológico.

En este contexto, nuestro grupo de trabajo ha propuesto un constructo relativo al desarrollando integral gerontológico (DIG) vinculado con el enfoque teórico de la Gerontología Crítica que propone la emancipación de los ancianos, considerando una visión objetiva del envejecimiento y la vejez con conocimiento fundamentado.³⁵⁻³⁶

Definimos el desarrollo integral gerontológico como un proceso que se lleva a cabo desde el inicio del envejecimiento y hasta el final de la vida; implica ponerse en actividad de muchas formas, haciendo uso y potenciando los recursos con los que se cuenta. El DIG es un proceso de transformación y crecimiento continuo en el que el capital social es fundamental.

El DIG está conformado por los siguientes elementos:

- a. El concepto de **ciudadanía**, que da relevancia al hecho de “ser sujeto” con derechos (derecho a la vida, a la libertad, a la dignidad, a la salud, al bienestar, etc.) y con posibilidad de disfrutarlos (hacer uso de ellos).
- b. El concepto de **potencialidades**, que todos los seres humanos tenemos tanto en lo físico (potencialidad de crecimiento, de fuerza, de habilidades motoras), en lo psicológico (sensibilidad, afecto, adquisición de conocimientos, creatividad, etc.) y en lo social (vínculos, productividad, participación social, creación de cultura y valores, etc.). El adulto mayor debe conocer sus potencialidades, tener las opciones para desarrollarlas y las oportunidades culturales, de conocimiento y tecnológicas para demostrarlas, para lograr productos (afectos, objetos, tecnología, procesos, etc.) que contribuyan a su propio bienestar, al de la comunidad y al medio ambiente que lo rodea.

Para que el adulto mayor tenga la opción de lograr un desarrollo humano positivo y aceptable, son necesarios el acceso y la permanencia a sistemas de educación continua formal e informal, y de salud de calidad, empleo, seguridad social, un medio ambiente sano y estimulante, entre otros y el reconocimiento social positivo como persona.

Por otro lado, el DIG está en función del individuo mismo, del ambiente en que vive (familia, barrio, comunidad, país) y de los cambios históricos que se producen en el mundo durante este período. Esto es, el desarrollo integral durante la vejez implica un interjuego entre el individuo y su ambiente, ya que desde su nacimiento hasta la muerte recibe las influencias que le facilitarán –o no– su proceso de crecimiento físico, cognitivo, psicológico, social y espiritual.

No olvidemos que el ser humano es un ser completo y armónico que se desenvuelve dentro de un entorno físico, psicológico y social. Es un todo integrado que está conformado por elementos físicos, químicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, ético-morales y espirituales, y que además está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, que responde al momento que

vive y al lugar en donde vive. Todas estas características y atributos se mantienen a lo largo de toda la vida, la vejez no es la excepción. Sin embargo, existe un grave prejuicio de que las personas que llegan a la vejez ya no tienen más que hacer y, por lo tanto, no se les dan oportunidades para que continúen su desarrollo.

Como ya se señaló, el envejecimiento activo tiene como propósito que los adultos mayores participen de forma continua individual y colectivamente, en los aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos. Asimismo, la Gerontología Comunitaria tiene como objetivo fortalecer el desarrollo personal y social de los viejos en su entorno cotidiano (familiar y comunitario), incorporándolos como un capital social indispensable para alcanzar dicho desarrollo.

El capital social gerontológico es el conjunto de recursos reales y potenciales que poseen los adultos mayores que están vinculados con el conjunto de conocimientos que posee cada persona, con las redes de relaciones sociales con las que cuentan y con el reconocimiento que obtienen de los demás. Este capital social puede estar conformado por capacidades y actitudes como liderazgo, buena voluntad, compañerismo y empatía.³⁷⁻³⁸ Si los individuos entran en contacto con sus vecinos, y ellos a su vez con otros vecinos, habrá una acumulación de capital social que puede satisfacer inmediatamente sus necesidades sociales y que puede producir un potencial social suficiente para realizar una mejora sustancial de las condiciones de vida en la comunidad. De allí que, a través de los recursos reales o potenciales que los adultos mayores poseen, puedan obtener acceso a diferentes recursos ya sean económicos, materiales, informativos y afectivos.

¿Cómo desarrollar estos recursos reales o potenciales que los adultos mayores poseen para alcanzar un desarrollo integral gerontológico? El desarrollo integral gerontológico se asocia con el bienestar físico, social y emocional, con la satisfacción de necesidades como: autonomía, participación, pertenencia a un grupo, solidaridad, tranquilidad, vínculos con las redes de apoyo social, seguridad personal, valoración, autoanálisis, con la oportunidad de formar parte de un ambiente gratificante, con la satisfacción de los afectos, con la posibilidad de continuar con el aprendizaje, con la expresión creativa, con el desarrollo del talento, con la socialización continua y con el bienestar individual.³⁹ Sin embargo, no debemos perder de vista que para alcanzar un DIG debemos considerar los factores intervinientes.

Durante la vejez hay cambios en las diferentes áreas de la persona. En la esfera física se presenta una serie de cambios biológicos, fisiológicos, morfológicos, bioquímicos, etcétera; en la esfera psicológica pueden presentarse cambios en la forma de percibirse como persona debido a que hay un pensamiento generalizado de rechazo a la vejez, por lo que puede haber sentimientos de minusvalía, de baja autoestima o de incapacidad para seguir participando en la comunidad. Durante esta etapa también hay cambios en la esfera social, ya que se piensa que los adultos mayores tienen que estar descansando en casa porque ya trabajaron o porque ya no pueden, o porque ya no son productivos, lo que hace que se redefinan nuevos papeles sociales tales como: retiro de las actividades productivas, estar a cargo de los nietos exclusivamente, reunirse en grupos de entretenimiento o estar en casa descansando.

Por otro lado, también es fundamental saber con cuántos recursos y con qué potencialidades cuenta el adulto mayor. Recordemos que en la vejez hay un empobrecimiento de la calidad y cantidad de los miembros de la red social; por ejemplo, los hijos se casan y se van del hogar; si se estaba trabajando fuera de casa y hay una separación laboral, ya no se tiene un contacto continuo con los compañeros de trabajo; si hay pérdida de la funcionalidad física, hay una tendencia a salir menos de casa y frecuentar menos a los amigos o a los familiares. Sin embargo, con orientación y conocimiento puede haber nuevos modos de participación social, revalorizar las redes familiares y sociales para fortalecer a los adultos mayores.

Para que un adulto mayor lleve a cabo acciones para un desarrollo integral gerontológico, además de lo anterior debe considerar la necesidad de la conjunción de tres condiciones simultáneas: QUERER, SABER Y PODER.

QUERER

1. **Ser ciudadano.** Si el adulto mayor se siente persona y ciudadano y no un enfermo, incapacitado, que ya no aprende, que ya no tiene más qué hacer en la vida porque llegó a la vejez.
2. **Ser reconocido.** Si el adulto mayor siente y tiene la convicción de que lo que hace merece la pena para él mismo, para su familia, para su comunidad y para la sociedad en general y que es una persona que influye para que haya cambios en la imagen que se tiene de la vejez.

3. **Ser activo.** Si se siente estimulado para llevar a cabo acciones para sí mismo, para su familia, para su comunidad, haciendo usos de las redes de apoyo social.

Si el adulto mayor reúne los anteriores puntos, quiere decir que QUIERE y, por lo tanto, la voluntad del adulto mayor es, en último término, el motor decisivo que genera la acción.

Ahora bien, para practicar el desarrollo integral gerontológico hace falta:

SABER

1. **Lo que tenemos que saber.** Saber qué significa el desarrollo integral durante la vejez, saber qué es la vejez y qué significados tiene, saber qué pasa durante el proceso de envejecimiento, saber cuáles son las posibilidades y las limitaciones que se presentan con la vejez, saber cómo podemos hacerlo, es decir cómo podemos actuar, entre otros.
2. **Qué tipo de desarrollo integral gerontológico se quiere lograr.** Un desarrollo sólo físico, un desarrollo psicológico, un desarrollo social, un desarrollo laboral, un desarrollo espiritual, algunos de ellos o todos en su conjunto.
3. **Qué nos motiva.** Por qué involucrarnos en un proceso de desarrollo integral gerontológico, ya que el sentido que le demos orientará la práctica.
4. **Cómo se hace.** El adulto mayor tiene que saber cómo se puede alcanzar un desarrollo integral gerontológico, tiene que saber las estrategias, los métodos, las actividades para lograrlo y cómo se aplican.
5. **Cuál es la mejor estrategia.** Considerar que el desarrollo integral gerontológico debe ser interactivo y recíproco, esto es, debe considerar las redes de apoyo social tanto formales como informales; para ello tendrá que saber quiénes son, dónde están, qué apoyos ofrecen, etc.

Si el adulto mayor se pregunta qué sucede con él mismo, qué sucede con su familia, qué sucede con su comunidad, constituye un indicador de que quiere saber.

Ahora bien, el adulto mayor que quiere y sabe, no siempre puede. De nada sirve que la persona tenga una decisión clara y convencida si no puede, por diversas razones, llevar a cabo las acciones para alcanzar un desarrollo integral gerontológico. Por lo cual es necesario:

PODER

1. **Tener tiempo** para llevar a cabo las acciones.
2. **Tener las condiciones** para llevar a cabo las acciones. Con quién, en dónde, saber cómo.
3. **Disponer de los medios** y ayudas necesarios para llevar a cabo el desarrollo integral gerontológico. Los medios pueden ser personales (soy funcional, tengo la información) o materiales.

En conclusión, para participar en procesos para el desarrollo integral gerontológico se necesita reflexionar, en un primer momento, sobre lo que QUIERO, lo que PUEDO y lo QUE SÉ para lograrlo.

Áreas a trabajar para el desarrollo integral gerontológico

Para que el adulto mayor se desarrolle como un ser integral durante la vejez, tendrá que trabajar sobre las siguientes áreas.

Área física. Las actividades que se lleven a cabo para el desarrollo de esta área tendrán una repercusión importante en las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, así como en el cuidado de la salud y en el desarrollo cognitivo, afectivo y social. En este sentido, es importante que el adulto mayor lleve a cabo actividades que le permitan:

- Reconocer las posibilidades y los límites de su cuerpo y del entorno inmediato.
- Efectuar actividades de autocuidado que fortalezcan su autoconcepto y propicien el fortalecimiento de la funcionalidad física, mental y social y, por lo tanto, la independencia.
- Participar en actividades de ejercicio físico y recreativas que fortalezcan las habilidades psicomotrices y les proporcionen satisfacción al hacerles sentir que pueden aportar al trabajo conjunto y establecer relaciones de cooperación y apoyo.
- Responsabilizarse progresivamente del cuidado de su cuerpo y actuar oportunamente para enfrentar situaciones que pongan en riesgo su salud.

Área cognitiva. Las actividades que se realicen en esta área están dirigidas a que los adultos mayores sanos desarrollen el potencial para reaprender o reactualizar las habilidades que desarrollaron en algún momento de la vida. En este sentido es importante que el adulto mayor realice las siguientes acciones:

- Actividades para mantener las habilidades intelectuales como atención, memoria, praxias, gnosias con el fin de conservar la autonomía y funcionalidad.
- Actividades para recuperar y mejorar las habilidades que en algún momento se realizaron y ahora ya no se ejercitan (leer, escribir, uso de tecnologías, entre otras).
- Entrenamiento en actividades novedosas que puedan llevarse a cabo de acuerdo con el contexto sociocultural y el uso de nuevas tecnologías.
- Entrenamiento en actividades de resolución de problemas.
- Entrenamiento en actividades que no se realizan de manera cotidiana.
- Crear un entorno rico en estímulos que faciliten el razonamiento y la actividad motora.

Área emocional. Las acciones que se lleven a cabo tienen un carácter preventivo o, en su caso, de tratamiento y tienen como objetivo trabajar sobre el bienestar personal y social. Por tal motivo, es importante el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con objeto de capacitar al adulto mayor para afrontar mejor los retos que se le plantean en la vida cotidiana.

Los objetivos del desarrollo emocional son:

- Adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones derivadas de la adaptación al proceso de envejecimiento.
- Conocer y aplicar nuevas estrategias de regulación emocional.
- Tomar conciencia y desarrollar, si es necesario, un mayor nivel de autoestima en la nueva imagen de persona mayor.
- Desarrollar nuevas formas para mejorar las relaciones interpersonales.
- Adquirir nuevas estrategias para la toma de decisiones con respecto a la ocupación del tiempo.

Área social. Durante el envejecimiento el área social sufre transformaciones y modificaciones cuantitativas y cualitativas. Las redes sociales pueden ser afectadas seriamente, lo cual puede repercutir en la funcionalidad física mental y social del adulto mayor. Las acciones que se lleven a cabo en esta área tienen como objetivo el desarrollo continuo del adulto mayor en el área social

con el fin de fortalecer las redes y las relaciones sociales; se centran en los siguientes aspectos:

- Promover la asociatividad y participación de las personas mayores a través de la promoción de organizaciones de personas mayores autogestionadas, que contribuyan al fortalecimiento de la autonomía y al desarrollo ciudadano.
- Promover acciones para la inclusión de las personas mayores en espacios de participación en organizaciones de gente de diferentes edades.
- Identificar, generar y hacer uso de redes de apoyo social como parte del capital social acumulado de las personas mayores en el transcurso de su vida, ya sean redes familiares, vecinales o comunitarias para prevenir la soledad y el desarraigo en esta etapa de la vida.
- Participación continua en los diferentes escenarios sociales de tal manera que el adulto mayor tenga un papel activo en la sociedad, 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.

Área espiritual. Como ya se mencionó, envejecer es un proceso de desarrollo humano al que es necesario adaptarse, ya que las características de la vejez representan para el adulto mayor desafíos, logros y frustraciones, posibilidades de conflicto y dificultades, como debilitamiento físico, pérdida de seres queridos y la propia muerte. Sin embargo, también durante esta etapa se dispone de recursos para hacer frente a los anteriores desafíos, uno de ellos es la espiritualidad. La concepción que las personas tengan acerca de lo sagrado, lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas de por qué y para qué de la vida dan origen a comportamientos, sentimientos y pensamientos que pueden servir de gran apoyo en la vejez. Por tal motivo es importante que el adulto mayor trabaje en el desarrollo espiritual a partir de las siguientes acciones:

- Cuidar a otros, estar abierto a nuevas ideas y mantenerse útil socialmente.
- Aceptar el pasado, recordarlo y recrearlo para nutrirse de los logros obtenidos y estar dispuesto a aprender nuevas cosas.

Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico

- Mantener la esperanza en la vida, esforzarse por ser todo lo autónomo posible y valorar toda iniciativa.
- Disfrutar de la vida, mantener el sentido del humor y la capacidad para jugar.
- Ser tolerante con los aspectos desagradables de la vejez, cuidarse, aceptar las necesidades de dependencia y agradecer el apoyo recibido, tratar de mantener contacto e intimidad con viejos amigos y lograr hacer nuevas amistades.

En síntesis, poner en práctica la gratitud, la tolerancia, la esperanza, la bondad y generosidad elementos que conforman a la espiritualidad.

Modelo de núcleos gerontológicos

La importancia de la participación de grupos comunitarios de adultos mayores de ayuda mutua ha tenido un gran desarrollo en países de América del Sur (Argentina, Chile, Colombia, Perú y Uruguay), en donde funcionan más de 30,000 organizaciones de este tipo, agrupadas en alrededor de 1,000 redes. Los objetivos de estas organizaciones abarcan aspectos sociales y de salud; en algunos países incluso se han establecido consejos nacionales de adultos mayores, los cuales han propiciado cambios legislativos con impacto social y político en beneficio de los ancianos de cada país.²⁷

El Banco Interamericano de Desarrollo, en el marco de su agenda para el envejecimiento exitoso cuyo objetivo es lograr un envejecimiento “digno, activo, productivo y saludable”, en 2002 financió un proyecto presentado por la Red Tiempos (creada en 1996 bajo el auspicio de Cáritas, está afiliada a la red mundial *Help-Age International*), en el que se demostró que empoderar a la sociedad civil de adultos mayores puede llevarlos a una mayor participación e inserción socioeconómica.²⁷

Por otro lado, se ha resaltado la importancia del empoderamiento para la detección y control de las enfermedades crónicas acorde con el modelo biopsicosocial y el cuidado centrado en el paciente, demostrando que la participación activa del individuo es fundamental para lograr el máximo de bienestar y calidad de vida en diferentes edades y contextos.⁴⁰

Empoderamiento es definido como un proceso de desarrollo participativo mediante el cual los individuos, comunidades y organizaciones logran un mayor control sobre su vida y ambiente, adquiriendo derechos y nuevas metas en su vida, aunado a una reducción en la marginalización social.⁴¹⁻⁴²

El empoderamiento involucra al autofortalecimiento, al control, al poder propio, a la autoconfianza, a la decisión propia, a la vida digna de acuerdo con los valores de uno mismo, a la capacidad para luchar por los derechos de uno mismo, a la independencia, a la toma de decisiones propias. Es importante señalar que el empoderamiento es relevante tanto a nivel individual como colectivo. En este sentido, para poder ejercer el empoderamiento de manera eficiente y eficaz es indispensable considerar cuatro elementos clave.⁴¹⁻⁴²

1. Acceso a la información. La información es poder, de ahí que los ciudadanos informados tengan más oportunidades de acceso a servicios, de ejercer sus derechos y hacer que los actores gubernamentales y no gubernamentales respondan a sus necesidades.
2. Inclusión y participación. Los individuos deben ser incluidos en la toma de decisiones, para asegurar que el uso de recursos públicos y privados respondan a las necesidades reales de la población.
3. Responsabilidad o rendición de cuentas. Los funcionarios públicos y responsables de organizaciones no gubernamentales (ONG) deben responder por sus políticas, acciones y uso de fondos.
4. Capacidad organizacional local. La población debe tener la habilidad para organizarse y trabajar en grupo, con el fin participar activamente en los programas de intervención comunitaria que se desarrollen en su medio.

Los principales métodos utilizados a nivel comunitario para lograr el empoderamiento son: el entrenamiento para el empoderamiento y desarrollo de liderazgo; el apoyo para el establecimiento de políticas y programas asistenciales; la educación pública y opinión para las fuentes de apoyo; la organización de asociaciones, cooperativas y uniones para la creación de colectivos de empoderamiento; el entrenamiento para el trabajo y microemprendedores para lograr la autonomía y control de su situación; el proporcionar servicios y asistencia para las oportunidades y recursos esenciales; y la protección a los derechos y acciones sociales para legislar en beneficio de grupos específicos.⁴¹⁻⁴²

El desarrollo de modelos de atención comunitaria en el marco del envejecimiento activo es un reclamo y un desafío al que debemos abocarnos en todos los países. En este sentido, debemos enfrentar la visión actual hegemónica del envejecimiento en el marco de

una dependencia estructurada, que ha propiciado de manera paralela, por razones de intereses económicos, un enfoque de mercado para cubrir las necesidades hospitalarias y asistenciales, desarrollándose paralelamente grandes industrias de ayudas técnicas, asistenciales y medicamentosas para la vejez, lo cual indirectamente repercute negativamente en la funcionalidad física, mental y social. Este enfoque promueve y vincula el bienestar, el cuidado y afecto para los ancianos con tales ayudas con frecuencia innecesarias, ya que muchos de los apoyos instrumentales pueden ser proporcionados por otros adultos mayores funcionales con el beneficio agregado del contacto social.²⁴

Asimismo, socialmente se reconoce una díada envejecimiento-dependencia, y aunque los cuidados durante la vejez *per se* tienen una función social positiva, conllevan diferentes significados, ya que los ancianos que requieren cuidados asistenciales permanentes se sienten devaluados.⁴³

Por otro lado, cada vez es mayor la demanda de atención a la salud de las personas adultas mayores, rebasando en algunos casos los recursos destinados para tal fin; de ahí la necesidad de proponer modelos de atención alternativos que tengan un impacto significativo en el costo-beneficio y en la calidad de vida de las personas adultas mayores. Al respecto, se ha demostrado a nivel comunitario que para lograr dicho impacto, el soporte social y la educación son fundamentales para el control de enfermedades crónicas.⁴³

En este sentido, los programas de gerontología comunitaria deben ser diferenciados, ya que el establecimiento de políticas públicas y acciones generales indiscriminadas para toda la población de adultos mayores puede ser contraproducente y en ocasiones negativa, sobre todo si se parte de prejuicios negativos (sin fundamento), estableciendo que “todos los ancianos *per se* requieren apoyos materiales”; “la mayoría de los ancianos están enfermos”; “los ancianos potencialmente son frágiles y requieren cuidadores y ayudas técnicas”; “los ancianos ya no pueden contribuir en el desarrollo social”.

Como respuesta a lo anterior, nuestro grupo de investigación en 1996 propuso un modelo de atención comunitaria considerando la participación activa de las personas adultas mayores para lograr el máximo de calidad de vida en su entorno social.⁴⁴ Aunque los resultados han sido satisfactorios, en 2002 el modelo se adecuó acorde con el paradigma del envejecimiento

activo y fue sometido a un proceso de investigación para determinar su factibilidad y pertinencia.⁴⁵

El modelo establece como elemento clave la formación de promotores para el desarrollo integral gerontológico (PDIG) entre los mismos adultos mayores, quienes fungen como coordinadores de grupos de ayuda mutua (núcleos gerontológicos), estableciendo acciones de autocuidado y autogestión para su bienestar y desarrollo social (Figura 4).

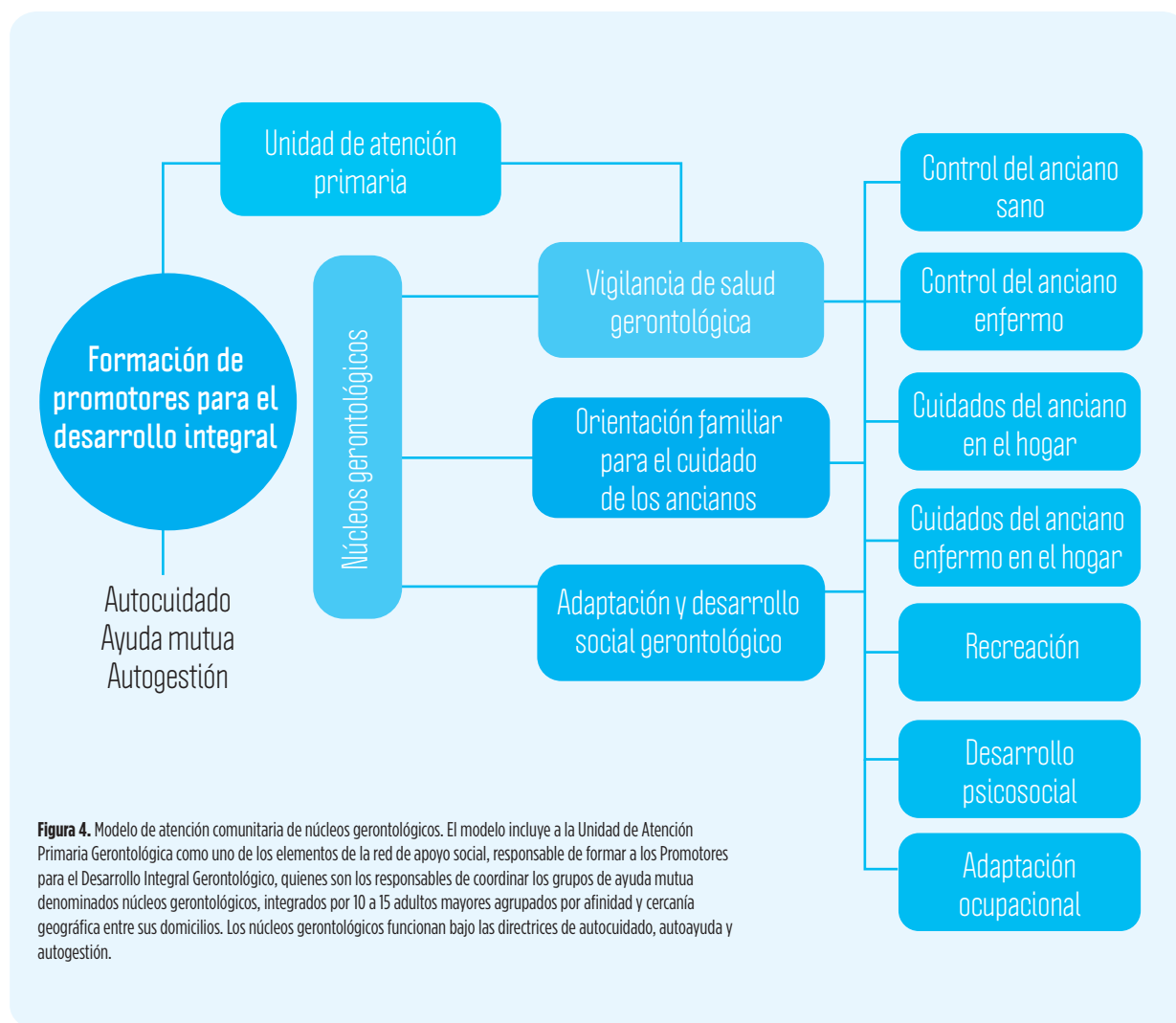
El autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión constituyen los elementos estratégicos fundamentales para los programas comunitarios gerontológicos, los cuales están estrechamente vinculados, por lo que no podemos proponerlos aisladamente. Por tanto, cualquier programa comunitario gerontológico encaminado a mejorar el estado de salud y la calidad de vida debe establecer los mecanismos que permitan su ejecución armónica y complementaria. En este sentido, los conocimientos, actitudes y comportamientos requeridos para ejercer de manera adecuada el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión exigen una capacitación formal de los adultos mayores que funjan como líderes y promuevan la participación activa de otros adultos mayores organizados en grupos de ayuda mutua.

El autocuidado gerontológico se refiere al comportamiento razonado del individuo con fundamento teórico que le permite decidir y actuar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, así como en el mantenimiento de la salud y disfrute del máximo de calidad de vida, acorde con su contexto sociocultural, utilizando de manera óptima las redes de apoyo social formal e informal. Asimismo, la ayuda mutua, incluye el comportamiento solidario razonado que adopta un grupo de individuos que comparte problemas similares y está consciente de las ventajas y compromisos adquiridos, al aceptar voluntariamente ser parte del mismo. Respecto a la autogestión, involucra las acciones que lleva a cabo un individuo o grupo de autoayuda, de manera autónoma, anticipada y en forma óptima, considerando los elementos y mecanismos de las redes de apoyo social formal e informal.

Los pilares establecidos en el modelo son:

- **Vigilancia de salud gerontológica:** tiene como objetivo fundamental mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social, así como mejorar la autopercepción de bienestar

Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico



psicosocial, considerando su condición física y su entorno sociocultural. Para tal efecto se deben implementar los programas de control del anciano sano y enfermo, con protocolos de evaluación, vigilancia y acciones de atención primaria pre-establecidos.

- **Formación de promotores para el desarrollo integral gerontológico:** la UAPG avalada por una institución educativa es la responsable de formar a los PDIG, siguiendo un programa académico formal, considerando la educación continua y la certificación de la actualidad y pertinencia de los conocimientos impartidos.
- **Orientación familiar para el manejo de los adultos mayores:** los PDIG tienen los conocimientos suficientes para orientar y capacitar

a los familiares, para que brinden los cuidados básicos para la atención y desarrollo integral del anciano sano y enfermo en el hogar.

- **Adaptación y desarrollo social gerontológico:** el modelo considera entre sus metas que los adultos mayores disfruten al máximo su situación de ser ancianos, por lo que se recomienda la implantación de programas de recreación, adaptación y superación psicosocial y ocupacional bajo un enfoque antropológico, acorde con sus intereses, edad, escolaridad, género, estado de salud y situación socioeconómica.

El modelo establece lineamientos generales flexibles enmarcados en el envejecimiento activo, que podrán ser adaptados para la población rural y urbana, así

como para grupos de adultos mayores de condiciones socioculturales y económicas diferentes.

Experiencias exitosas

Nuestro grupo de investigación ha desarrollado e implementado el modelo de núcleos gerontológicos en el estado de Hidalgo desde 1998, demostrando su factibilidad y viabilidad. Por tal motivo, el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo (IAAMEH) adoptó el envejecimiento activo como política pública utilizando nuestro modelo como opción prioritaria para la intervención gerontológica a nivel comunitario. Actualmente el iaameh ha conformado una red de redes de núcleos gerontológicos siguiendo los lineamientos del modelo. Ahora estamos desarrollando en conjunto una investigación con el fin de evaluar el impacto de un programa de envejecimiento saludable para la prevención y control de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en el marco del modelo de envejecimiento activo.⁴⁶

Por otro lado, en el estado de Guanajuato también se ha implementado el modelo de envejecimiento activo en

el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) desde 2003, demostrando su factibilidad y adaptabilidad a programas institucionales con políticas distintas.

Finalmente esperamos que nuestra experiencia de más de 15 años en el desarrollo de un Modelo de Envejecimiento Activo para el Desarrollo Integral Gerontológico a nivel comunitario sea de utilidad para estudiantes y gerontólogos interesados en la Gerontología Comunitaria.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias al apoyo financiero de los proyectos:

- Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social Proyecto SSA/IMSS/ISSSTE-Conacyt clave: 87139.
- Dirección General de Asuntos del Personal Académico, UNAM.
- Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica.(PAPIIT) Clave: IN308411-2.

Referencias

1. Craig, G., Desarrollo psicológico, México, Printice Hall, 2001.
2. Lolas, S. F., Las dimensiones bioéticas de la vejez, *Acta Bioethica*, 2001, 7 (1), 57-70.
3. Filardo, V., Usos y apropiaciones de espacios públicos de Montevideo y clases de edad, Montevideo, Departamento de Sociología/Facultad de Ciencias Sociales/Universidad de la República, 2008. Disponible en: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/InfInv40.pdf>.
4. Kehl Wiebel, S. y Fernández Fernández, J., La construcción social de la vejez, *Cuadernos de Trabajo Social*, 2001,14: 125-161.
5. Sánchez, V. P., Bases y fundamentos para una aproximación sociológica de la vejez, *Papers*, 1992, 40: 99-120.
6. Ramos, E. J.; Maldonado, H. I.; Meza, C. A. M.; Ortega, M. M. P. y Hernández, P. M. T., Los problemas del conocimiento alrededor de los estudios de la vejez, *Revista de Educación y Desarrollo*, 2009, 10: 73-79.
7. Méndez, G. P., La concepción social de la vejez: entre la sabiduría y la enfermedad, *Zerbitsuan*, 2007, 41: 153-159.
8. Bourdieu, P., *Intelectuales, política y poder*, Buenos Aires, Eudeba, 2005.
9. Ruiz, M. V.; Scipioni, A. M. y Lentini, D. F., Aprendizaje en la vejez e imaginario social, *Fundamentos en Humanidades*, 2008, 17 (1): 221-233.
10. Hayflick, L., *Cómo y por qué envejecemos*, Barcelona, Herder, 1999: 49-57.
11. McEwen, B. S., Sex, stress and hippocampus: allostasis, allostatic load and the aging process, *Neurobiol. Aging*, 2002, 23: 921-939.
12. Seeman, T. E.; McEwen, B. S.; Rowe, J. W. y Singer, B. H., Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging, *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 2001, 98: 4770-4775.
13. Pilnik, S. D., El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis. *Rev. Hosp. Ital.*, Buenos Aires, 2010, 30 (1). Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_attachs/47/documentos/6974_7-12-articulo-pilnik.pdf.
14. Mendoza-Núñez, V. M. y Retana-Ugalde, R., Estrés oxidativo e inflamación. Medición e interpretación diagnóstica, México, FES Zaragoza, UNAM, 2009: 39-42.
15. Harman, D. A., Aging: A theory based on free radical and radiation chemistry, *J. Gerontol.* 1956, 11: 298-300.
16. Mendoza-Núñez, V. M.; Ruiz-Ramos, M.; Sánchez-Rodríguez, M.; Retana-Ugalde, R. y Muñoz-Sánchez, J. L., Aging-related oxidative stress in healthy humans, *Tohoku J. Exp. Med.*, 2007; 213: 261-268.
17. Rattan, S., Applying hormesis in aging research and therapy, *Human Exp. Toxicol.*, 2001, 20: 281-285.
18. Radak, Z.; Chung, H. Y. y Goto, S., Exercise and hormesis: oxidative stress-related adaptation for successful aging, *Biogerontology*, 2005, 6: 71-75.
19. Sánchez-Rodríguez, M. A. y Mendoza-Núñez, V. M., Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes, México, FES Zaragoza, UNAM, 2003: 5-12.
20. Mendoza-Núñez, V. M., Conceptos básicos de geriatría y gerontología, en Hernández-Palacios, D., Mendoza-Núñez, V. M.; Martínez-Zambrano, I. A. y Morales-Mancera, L., *Odontogeriatría y gerodontología*, México, Trillas, 2011: 19-33.
21. Organización de Naciones Unidas, Reunión sobre envejecimiento, Kiev, URSS, ONU, 1979.
22. Neugarten, B., *Los significados de la edad*, Barcelona, Herder, 1999.
23. Mendoza-Núñez, V. M., Gerontología comunitaria, en Rodríguez, G. R. y Lazcano, B. G., *Práctica de la geriatría*, 2ª ed., México, McGraw Hill, 2007: 496-503.
24. Mendoza-Núñez, V. M.; Sánchez-Rodríguez, M. A. y Correa-Muñoz, E., Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario, México, FES Zaragoza, UNAM, 2008: 47-66.
25. Mendoza-Núñez, V. M. y Martínez-Maldonado, M. L., Escala de redes de apoyo social para adultos mayores (Erasem), en González-Celis, A. L. M., *Evaluación en psicogerontología*, México, Manual Moderno, 2009: 95-112.
26. Rowe, J. W. y Kahn, R. L., Human aging: usual and successful, *Science*, 1987, 237 (4811): 143-149.
27. Engler, T., El empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Tiempos, *Rev. Panam. Salud Pública*, 2005, 17 (5/6): 438-443.

28. Engler, T., Marco conceptual del Envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable, en Engler, T. A. y Peláez, M. B., Más vale por viejo, Washington, D. C., Banco Interamericano de Desarrollo, 2002: 23-64.
29. Butler, R. y Schechter, M., Productive aging, en Maddox, G. L. (ed.), The encyclopedia of aging, Nueva York, Springer, 1995: 763-764.
30. Bass, S. A.; Caro, F. G. y Chen, Y. P., Achieving a Productive Aging Society, Westport, C. T., Auburn House, 1993: 4-8.
31. World Health Organization, Active aging: a policy framework, Ginebra, WHO; 2002. Disponible en: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>.
32. Walter, A., Active ageing in employment: its meaning and potential, Asia Pacific Review, 2006, 13 (1): 78-93.
33. Martín García, A. V., Diez visiones de la vejez: del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo, Revista de Educación, 2000, 323: 161-182.
34. Fernández-Ballesteros, R., Envejecimiento activo. Contribución de la psicología, Madrid, Ediciones Pirámide, 2009: 21-40.
35. Gastron, L., Las ciencias sociales en el campo del envejecimiento: líneas teóricas vigentes en investigaciones de Latinoamérica, en Trujillo, Z.; Becerra, M. y Rivas, M. S., Latinoamérica envejece. Visión gerontológica/geriátrica, México, McGraw-Hill, 2007: 33-48.
36. Moody, H. R., Overview: What is critical gerontology and why is it important, en Cole, T. H., Achenbaum W. A., Jakobi, P. L., Kastenbaum, R., Visions of aging: Toward a critical gerontology, Nueva York, Springer Publishing, 1993: xv-xxxvi.
37. Fabre, D. P., La labor socioeducativa desde el capital social comunitario y el autodidactismo solidario, Revista Argentina de Sociología, 2009, 7 (12-13): 95-124.
38. Gray, A., The social capital of older people, Ageing Soc., 2009, 29: 5-31.
39. Mendoza-Núñez, V. M. y Martínez-Maldonado, M. L., Escala de redes de apoyo social para adultos mayores (Erasem), en González-Celis, A. L. M., Evaluación en psicogerontología, México, Manual Moderno, 2009: 95-112.
40. Salmon, P. y Hall, G. M., Patient empowerment and control: a psychological discourse in the service of medicine, Soc. Sci. Med., 2003, 57: 1969-1980.
41. Maton, K. I., Empowering community settings: agents of individual development, community betterment, and positive social change, Am. J. Community Psychol, 2008.
42. Narayan, D., Empoderamiento y reducción de la pobreza, México, Banco Mundial/Alfaomega Grupo Editor, 2002: 1-13.
43. Robles, S. L., La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social, Papeles de Población, 2005, 45: 49-69.
44. Mendoza-Núñez, V. M.; Correa-Muñoz, E.; Sánchez-Rodríguez, M. y Retana-Ugalde, R., Modelo de atención de núcleos gerontológicos, Geriatrika, 1996, 12: 15-21.
45. Martínez-Maldonado, M. L.; Correa-Muñoz, E. y Mendoza-Núñez, V. M., Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach, BMC Public Health, 2007, 7: 276.
46. Mendoza-Núñez, V. M.; Martínez-Maldonado, M. L. y Correa-Muñoz, E., Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly, BMC Geriatrics 2009: 40. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-9-40.pdf>.



Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores

*Alejandro Orozco Rubio**

*Alejandra Lauterio Vargas***

*María del Pilar Torres Fernández***

La acelerada transición demográfica tendiente al envejecimiento poblacional representa un desafío y una oportunidad para nuestro país; sin duda, tendrá profundas repercusiones en la sociedad y en ámbitos específicos como la cohesión social, los derechos humanos y la acción gubernamental.

Ante este panorama, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) define cinco ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores, que tienen por objetivo trazar una directriz a las acciones y programas que se realizan en beneficio de este grupo poblacional, así como posicionar el tema de la vejez y el envejecimiento en la agenda nacional, con lo que asegura el diseño e implementación de políticas públicas que involucren a todos los sectores de la sociedad, desde una perspectiva de derechos humanos.

Dichos ejes son: 1. Cultura del envejecimiento, 2. Envejecimiento activo y saludable, 3. Seguridad económica, 4. Protección social, 5. Derechos de las personas adultas mayores. Todos ellos derivados de un análisis de las recomendaciones de organismos internacionales sobre políticas públicas y basadas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, así como en los compromisos adquiridos en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid (2002) y en la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, que se acordó

adoptar en la Conferencia Regional Intergubernamental celebrada en Santiago de Chile en 2003.

Actualmente, México cuenta con una población de 10.8 millones de adultos mayores que representan 9.6% de la población.¹ No obstante, este porcentaje podría triplicarse en los próximos 40 años como consecuencia del proceso acelerado de transición demográfica que experimenta nuestro país, debido a la disminución de las tasas de natalidad y mortalidad y al aumento de la esperanza de vida.

La disminución en la tasa de natalidad, un indicador importante, da como resultado un envejecimiento de la población a corto plazo porque disminuye la proporción de niños respecto a la población total. Desde la década de 1960 ha ido en decremento y se espera que alcance once nacimientos por cada mil habitantes en 2050.

Otros indicadores igualmente importantes son la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad. El primero, de 1950 a 2000, pasó de 36 a 75 años y se espera que en las próximas décadas siga incrementando hasta alcanzar 80 años en 2050. Asimismo, la tasa de mortalidad decreció de manera constante y significativa en el mismo período.

Con el descenso de la fecundidad y de la mortalidad se transformó el volumen y crecimiento de la población; según proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), la pirámide poblacional de México perderá paulatinamente su forma triangular –característica de una sociedad joven– para adquirir un perfil rectangular

* Maestro en Administración Pública. Director general del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

** Asesoras de la Dirección General del Inapam.

Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores

abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas. Se estima que el porcentaje de adultos mayores sea de 12.5% en 2020 y de 28.0% en 2050.²

Es importante destacar que la vejez en México está formada mayoritariamente por mujeres, quienes integran 60% de la población adulta mayor; se estima una esperanza de vida para ellas en 2050 de 83.6 años y de 79 años para los hombres.³

Si bien México se ubica en el grupo de países con envejecimiento moderado, al igual que Brasil, Perú, Colombia y Venezuela, es una realidad el acelerado envejecimiento de la población, por lo que es el momento indicado para continuar con el diseño de acciones que nos preparen para este nuevo panorama demográfico. Cabe aclarar que un aumento de la esperanza de vida no significa que las condiciones de vida de las personas adultas mayores hayan mejorado. El proceso de envejecimiento en los países de nuestra región está ocurriendo en contextos socioeconómicos frágiles con altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales y en medio de problemas no resueltos de inequidad en el acceso a los servicios de salud.⁴

Como ya se mencionó, para afrontar los desafíos que supone la transición demográfica tendiente al envejecimiento de la población, y con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores en México, el Inapam define cinco ejes rectores estratégicos en materia de políticas públicas:

1. Cultura del envejecimiento: responde al cuarto punto de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, se conforma de acciones y programas encaminados a propiciar una transformación cultural de la sociedad para que se valore y reconozca la dignidad de las personas adultas mayores, con lo que asegura la protección efectiva de sus derechos humanos, busca combatir las diferencias sociales marcadas con la edad, el desprecio, la discriminación, el despojo y la segregación. Se considera a los adultos mayores como titulares de derechos y no como un grupo vulnerable que es objeto de protección.⁵

En cumplimiento de la ley, el Inapam realiza campañas de sensibilización social a favor de una cultura del envejecimiento para mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores en la sociedad, combatir la violencia y el maltrato de este grupo etario en sus ho-

gares, difundir la importancia del reconocimiento de sus contribuciones a la familia, a la comunidad y a la sociedad en general; así, promueve una imagen positiva de la vejez y resalta su participación en actividades que los dignifican y reconocen.

Se llevan a cabo campañas de difusión de los programas y servicios que ofrece el Instituto mediante un lenguaje directo y sencillo, con el objetivo de facilitar el acceso a la información y el conocimiento de sus derechos humanos, así como pláticas informativas sobre temas de su interés. Asimismo, se realizan reuniones de trabajo a través del Consejo de Coordinación Interinstitucional en las que participan diversos órganos de gobierno con la finalidad de comprometerse al establecimiento de mecanismos que permitan la implementación o desarrollo de programas en favor de este grupo poblacional; se considera que este fenómeno demográfico requiere trabajo solidario y conjunción de esfuerzos para generar políticas adecuadas a las demandas de este sector de la población.

La publicación del libro *Por una cultura del envejecimiento*—que constituye un medio de difusión de los derechos de las personas adultas mayores y de las circunstancias particulares que este grupo enfrenta— tuvo el objetivo principal de sensibilizar a la sociedad y asegurar su integridad, dignidad y respeto.

Entre las recomendaciones que hace el Inapam respecto a este eje está la adaptación del entorno físico a las características y necesidades de este grupo etario para lograr una vida independiente. Se recomienda que los tres niveles de gobierno y la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, en coordinación con el Inapam, garanticen que los espacios públicos, infraestructura y equipamiento urbano se adapten a las necesidades de este grupo poblacional; al adecuar banquetas, calles, parques se garantiza la facilidad de acceso, desplazamiento y seguridad. Es importante la adaptación del transporte público con rampas o nuevas tecnologías que faciliten la seguridad y acceso a las personas adultas mayores en silla de ruedas o vulnerables.

Se recomienda promover programas de acción social que dignifiquen al adulto mayor y permitan su inserción en la vida colectiva y fomentar en la familia, el Estado y la sociedad una cultura de aprecio y respeto a la vejez, así como de solidaridad y convivencia entre las generaciones con el fin de erradicar todo tipo de discriminación por motivo de edad, género, estado

físico o condición social. Y que a través de convenios de colaboración con las instituciones públicas y privadas dedicadas a la comunicación masiva se difunda esta cultura del envejecimiento para avanzar hacia la construcción de una sociedad para todas las edades.

Ante esto, el Inapam plantea la aplicación de un indicador que permite medir la gestión institucional en la promoción de una imagen positiva de la vejez en las campañas publicitarias, a fin de erradicar estereotipos que se han creado y propagado en la sociedad; este indicador es aplicable a las dependencias y entidades de gobierno, a las instituciones públicas y privadas, a las empresas y organizaciones de sociedad civil y consiste en el “Número de campañas publicitarias de la institución en el período”, donde el lenguaje visual sea utilizado para dignificar la imagen de los adultos mayores y el envejecimiento.

El resultado de este indicador permitirá conocer el grado de participación de las instituciones en la promoción de una “cultura del envejecimiento”; el Inapam plantea como un valor de referencia ideal que el rango del número sea entre 50 y 65%.

2. Envejecimiento activo y saludable: este eje responde al tercer punto de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, y se refiere a acciones encaminadas a proporcionar los medios y las oportunidades a los adultos mayores para el goce de una vejez saludable, con actividades y eventos de recreación, de esparcimiento, de asociación y de participación que contribuyan de forma directa en su bienestar y autoestima.

Se promueve una participación continua del adulto mayor en actividades sociales, económicas, culturales, religiosas y cívicas, y no sólo la capacidad para estar físicamente activo o participar en el mercado laboral. Por tanto, las políticas y los programas que fomentan el mejoramiento de la salud mental y social son tan importantes como los que desarrollan las condiciones de salud física.

El planteamiento de un envejecimiento activo y saludable se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas adultas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas: independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.

Entre las acciones más destacadas que realiza el Inapam se encuentra la cultura física, que es la participación periódica en actividades físicas moderadas con el objetivo de reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas y retrasar el declive funcional, tanto en los adultos mayores sanos como en quienes sufren enfermedades crónicas. El programa incluye actividades especiales como convivencias, encuentros deportivos y juegos recreativos intergeneracionales en los clubes y centros culturales.

La realización de los Juegos Nacionales Deportivos y Culturales de las Personas Adultas Mayores, donde se impulsa la práctica de actividades físicas y culturales e incide positivamente en la autoestima de los participantes. En los juegos de 2011 participaron alrededor de 3 mil atletas y artistas que compitieron en caminata, carrera de relevos, básquetbol, béisbol, cachibol, dominó, tablas gimnásticas, música, canto y baile de salón, entre otros.

En los clubes de las personas adultas mayores se reúnen e interactúan personas de 60 años y más; ahí se les brindan opciones de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social. El objetivo es combatir el aislamiento social y la soledad en la vejez, ambas situaciones relacionadas con un declive del bienestar tanto físico como mental. En dichos clubes se brindan también servicios psicológicos enfocados en el mejoramiento de los entornos grupal, familiar y social. En los centros culturales se imparten materias y talleres a través de un sistema formal de enseñanza, que incluyen áreas como la psicología, lenguas extranjeras, baile regional y de salón. Se imparte igualmente capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre a través de talleres de oficios, artesanías y artes plásticas como bisutería, grabado, pintura en cerámica, entre otros.

Junto con el Consejo Nacional de Turismo (Turismo para Todos), se promueve que los adultos mayores tengan la oportunidad de recrearse y conocer diferentes lugares, en paseos recreativos locales para disfrutar de las riquezas naturales y arquitectónicas de nuestro país.

La CEPAL⁶ ha reiterado en numerosas ocasiones que la prevalencia de padecimientos crónicos y discapacidades entre las personas mayores podría reducirse mediante la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que trae consigo un significativo ahorro para los sistemas de salud y una mejora en la calidad de vida

Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores

de las personas mayores. Para lograr este objetivo se recomienda realizar campañas nacionales, estatales y municipales de prevención de enfermedades y promoción de patrones de vida saludables y difundirlas en medios de comunicación y anuncios publicitarios que promueven el autocuidado, y así combatir los factores de riesgo de enfermedades.

El Inapam promueve que las dependencias de la administración pública federal, estatal y municipal implementen medidas que propicien la participación de las personas de edad con el fin de favorecer su empoderamiento como grupo social y fortalecer el ejercicio de una ciudadanía activa. Asimismo, plantea que la Secretaría de Educación Pública difunda y promueva en los medios de comunicación la oferta educativa general y las facilidades de los trámites administrativos para que las personas adultas mayores concluyan sus estudios.

Es importante también fomentar su participación en actividades de ocio y recreación que contribuyan a mejorar su calidad de vida con actividades de recreación turística, entretenimiento, cultura y deporte, con tarifas preferentes en coordinación con las secretarías de Comunicaciones y Transportes y de Educación Pública.

El Inapam plantea un indicador que permita medir el “número de acciones o programas que la institución realiza a favor de un envejecimiento activo y saludable de sus trabajadores”, y maneja un ideal de 75%. Los resultados que arroje este indicador permitirán conocer el grado de responsabilidad y compromiso social que adoptan el sector público y privado para cuidar las condiciones físicas y de salud en todos sus trabajadores.

3. Seguridad económica: definida como la capacidad de disponer y usar de forma independiente cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenidos para asegurar una buena calidad de vida en la vejez.⁷ Sin embargo, la seguridad económica no sólo proporciona los medios para satisfacer sus necesidades materiales más inmediatas, sino que también incide de forma esencial y positiva en su bienestar subjetivo y en su autoestima, ya que les permite seguir siendo independientes en la toma de decisiones, desempeñar roles significativos y participar en la vida colectiva como ciudadanos con plenos derechos.⁸

Como este tema es un asunto pendiente en la vida social de la mayoría de los países de América Latina

y el Caribe —pues gran parte de la población sigue padeciendo la incertidumbre económica como uno de los aspectos más preocupantes de su vida diaria—, las acciones y programas que conforman este eje se dirigen a incentivar la participación del adulto mayor en el sector formal, a generar mejores oportunidades de autoempleo y a lograr una mayor cobertura del sistema de jubilaciones y pensiones.

La participación de los adultos mayores en el logro de su bienestar económico implica su plena integración en el mundo laboral y el acceso a oportunidades de formación y educación. En un contexto de transición demográfica hacia el envejecimiento de la población y escasa cobertura de los sistemas de protección social, la creación de más fuentes de empleo y la implementación de pensiones no contributivas son los mejores instrumentos para disminuir las desigualdades y para dotar de mayor independencia económica a las personas adultas mayores.

El Inapam reúne en este eje todas aquellas estrategias que benefician directamente la economía de los adultos mayores y sus familias con el objetivo de reincorporar al sector formal del mercado laboral, generar mejores y mayores oportunidades de: crecimiento económico y procurar todo tipo de ahorro que incida directamente en el poder adquisitivo de los adultos mayores en México a través de la tarjeta de afiliación del Inapam, la cual da acceso a los servicios que brinda esta institución, así como obtener descuentos en más de 15 mil establecimientos en todo el país.

Con la bolsa de trabajo se busca reincorporar a las personas adultas mayores a la vida productiva y apoyar su economía mediante una coordinación permanente con empresas e instituciones que ofrecen fuentes de trabajo para este grupo social, de acuerdo con sus características y necesidades, lo que favorece su desarrollo personal, motivación y autoestima. Cada año durante la “Expo Inapam Empleo y servicios para adultos mayores” se ofrecen pláticas, cursos y talleres que promueven su participación en un ambiente saludable. Se recomienda realizar jornadas y ferias de empleo dirigidas a la contratación de personas adultas mayores, en las que participen conjuntamente los sectores privado y público y organizaciones civiles.

Se propone que las instituciones de la administración pública y el sector privado ofrezcan vacantes a este grupo de edad y cumplan al menos con el 10 y 7%,

respectivamente, de adultos mayores contratados en su plantilla.

Es de vital importancia ampliar y mejorar la cobertura de pensiones, tanto contributivas como no contributivas; se recomienda incluir a los trabajadores del sector informal de la economía en los sistemas de pensiones contributivas con el objetivo de mejorar los niveles de cobertura y garantizar su sostenibilidad futura.

Igualmente relevante es establecer sistemas de pensión flexibles que permitan a los trabajadores prolongar su vida laboral si así lo desean, y fomentar una “cultura del ahorro” a través de acciones que comprometan la participación del sector privado y la sociedad civil al otorgar tarifas preferenciales para el pago del predial, suministro de agua y otros servicios que los beneficien directamente en su economía. El Inapam propone para este eje un indicador aplicable a instituciones públicas y privadas, cuyo principal objetivo es contabilizar la presencia de personas de 60 años y más en una institución; ello permite estimular el acceso o la reincorporación de adultos mayores al mercado de trabajo. Se considera como valor ideal alcanzar un porcentaje de entre el 7 y 15% de resultado.

4. Protección social: las acciones y programas que conforman este eje tienen como objetivo garantizar las necesidades mínimas de las personas de edad, tales como salud, alimento, abrigo y vivienda con la finalidad de mejorar sus niveles de bienestar, especialmente de quienes se encuentran en condiciones de vulnerabilidad o desventaja social.

Los Centros de Atención Integral, conocidos como CAI, brindan servicios de atención primaria, ayudan a la detección, control y seguimiento de las enfermedades frecuentes del adulto mayor.

Los Albergues y Residencias de Día proporcionan asistencia integral a los adultos mayores que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos que les permitan cubrir sus necesidades y ser independientes; reciben alojamiento permanente o temporal, alimentación balanceada, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social.

El proceso de envejecimiento expone a los individuos a mayores riesgos de discapacidad, la cual representa un costo social e individual enorme que, en la mayoría de los casos, compromete la calidad de vida de las personas

y de sus familias. Existen tres fuentes de cuidado en la vejez: la familia, el Estado y la asistencia privada. Sin embargo, el apoyo de la familia actualmente se ha reducido debido a la disminución de la tasa de natalidad –pues hay menos hijos para cuidar a los padres– y a la incorporación de la mujer al mundo laboral, lo que reduce la capacidad de la familia de proveer asistencia a las personas con cierto grado de dependencia.

En las políticas públicas, en materia de protección social es fundamental garantizar el derecho a disponer de servicios básicos en la vivienda; las consecuencias de no contar con estos servicios básicos les generan mayor vulnerabilidad y los exponen a diversos riesgos en la salud.

Por su parte, el Inapam brinda asesoría jurídica de manera gratuita, así como gestoría administrativa y representación legal ante los tribunales correspondientes de manera eficaz, y no dejarlos en estado de indefensión. Asimismo, se ofrecen opciones de apoyo para la solución de conflictos familiares o de otra clase. Se atienden casos de índole penal, civil, familiar, información testimonial y administrativa.

Para garantizar la protección social se recomienda que:

- La Secretaría de Salud establezca el Seguro Popular sin costo, ni distinción a todas las personas adultas mayores que comprueben no ser derechohabientes de alguna otra institución de seguridad social, así como que garantice la capacitación continua del personal de salud sobre envejecimiento, gerontología y geriatría.
- Elaborar programas de salud mental con énfasis en la promoción, prevención y diagnóstico temprano en un trabajo en conjunto con la Secretaría de Salud, el Inapam y el Instituto Nacional de Geriatría.
- Promover la apertura de Residencias de Día del Inapam en todos los estados. Fomentar el mejoramiento continuo, capacitación y formación de cuidadores; capacitar a los cuidadores familiares para incrementar la calidad del cuidado y promover la creación de redes de apoyo.
- Que en los tres niveles de gobierno se garantice el acceso a todas las personas adultas mayores a los servicios básicos –como agua potable, saneamiento, alumbrado y electricidad–, para disminuir progresivamente las desigualdades económicas y garantizar el cumplimiento de sus derechos básicos.

Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores

En este eje se prioriza ampliar y mejorar la cobertura universal de las personas adultas mayores en servicios de salud, prestar especial atención a los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas, además de promover la apertura de servicios de cuidados de largo plazo y residencias de día.

Los albergues y las residencias de día son una alternativa de atención integral para este grupo poblacional, y un apoyo a las familias para que dispongan del tiempo necesario para realizar sus actividades laborales o personales; el Inapam, con la finalidad de asegurar la calidad de estos establecimientos de cuidado, ya sean públicos o privados, elaboró un indicador que permite evaluar las condiciones de su funcionamiento, la capacitación que recibe su personal y el modelo de atención que ofrecen, esto a través del incremento de la “Percepción de la calidad de los servicios otorgados”. Se aplica para llevar a cabo la mejora continua en los procesos y desarrollo de las actividades, con lo que se estima un incremento en la percepción de los usuarios en la calidad de la atención de 15%, respecto al ejercicio inmediato anterior.

5. Derechos de las personas adultas mayores: las acciones y estrategias en este eje están encaminadas a garantizar y ampliar la protección efectiva de los derechos humanos de las personas adultas mayores, especialmente para asegurar la igualdad y la no discriminación por razón de edad.

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creada en 2002, establece como sus principios rectores la Autonomía y autorrealización, Participación, Equidad, Corresponsabilidad y Atención preferente; que constituye, en primera instancia, la voluntad del Estado mexicano de garantizar la protección de los derechos humanos de las personas de 60 años y más.

Las acciones y programas que lleva a cabo el Inapam, en coordinación con diversas dependencias de la administración pública configuran, en segunda instancia, el instrumento práctico de las políticas públicas nacionales en favor de este grupo de la población.

En esta Ley se establecen los criterios y las disposiciones de su aplicación, así como las obligaciones que le corresponde asumir a cada dependencia de la administración pública. Es fundamental la participación de los estados, municipios y delegaciones para su cumplimiento, para que sea exigible en todo el terri-

torio nacional, con la finalidad de sumar recursos que provean de mejores y mayores oportunidades de elevar la calidad de vida de todas las personas de 60 años y más en nuestro país.

El Inapam promueve y difunde los derechos de las personas adultas mayores a través de jornadas informativas, talleres, foros y conferencias para que conozcan la ley que protege sus intereses y puedan exigir su cumplimiento. En coordinación con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos elabora y distribuye diversos materiales de difusión.

El Inapam, como órgano rector de la política nacional a favor de las personas de 60 años y más tiene como objetivo general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Y tiene como atribuciones establecer principios, criterios, indicadores y normas para el análisis y evaluación de las políticas dirigidas a las personas adultas mayores.

Para garantizar la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores se requiere de la sinergia del sector público y privado, donde está comprometido todo el país con el objetivo de avanzar hacia la construcción de una sociedad mexicana más solidaria, cohesionada e incluyente. Garantizar el acceso a la justicia y dar a conocer sus derechos, así como las autoridades a quien deben dirigirse.

Una recomendación importante es que se capacite en materia de derechos humanos a las organizaciones y al personal que labora con personas adultas mayores, que las procuradurías establezcan cursos de sensibilización a los ministerios públicos y jueces para la atención de este grupo de edad víctima de violencia, y establecer mecanismos de atención preferencial de asesoría y defensa jurídica.

Sin duda la difusión y educación son las vías idóneas para combatir la persistente violación de los derechos de este sector de la población, ya que, en la medida en que los adultos mayores asuman el conocimiento de sus derechos, podrán detectar aquellas situaciones en las que no se esté dando cumplimiento cabal a éstos y estarán habilitados para denunciar y exigir el cumplimiento de la ley.

Por ello se presenta un indicador para conocer el porcentaje de adultos mayores que participan de las acciones institucionales y que manifiestan tener conocimiento sobre

sus derechos. Se considera como meta inicial alcanzar un valor de entre el 65 y 70% de adultos mayores que tienen conocimiento satisfactorio de sus derechos.

Estos ejes constituyen una herramienta para ser un México más participativo, cohesionado e incluyente, donde se tenga la misma oportunidad de hacer efectivo el pleno respeto y ejercicio de los derechos fundamentales sin importar edad ni condición social. Asimismo, representa un marco para coordinar esfuerzos y concientizar a todos los sectores de la población de que la superación del reto demográfico depende de un trabajo solidario y sinérgico que permita avanzar en la construcción del México que ellos merecen.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Día internacional de las personas de edad (1 de octubre), México, INEGI, 2010.
2. Consejo Nacional de Población, Proyecciones de la población de México, 2005-2050, México, Conapo, 2006. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/Proy05-50.pdf>.
3. Consejo Nacional de Población, Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003, México, Conapo, 2004.
4. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. La situación de las personas mayores, Conferencia Regional Intergubernamental, Celade, 2003.
5. El principio de la titularidad de derechos como la base de políticas públicas a favor de las personas de edad proviene de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Cepal, en su trigésimo primer período de sesiones (marzo de 2006), y plantea orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes con los Estados, tanto a nivel nacional como a nivel internacional.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (19 al 21 de noviembre de 2003), Santiago de Chile, Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/14644/lcl2079e.pdf>.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2004, Santiago de Chile, Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.eclac.cl/id.asp?id=20386>.
8. Jiménez, F. A., Secretario General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). La seguridad económica de los adultos mayores. Conexión entre las prestaciones económicas, la atención de la salud y los servicios sociales, Montevideo, 2009.



Enseñanza de la Geriátría en México

*Flor María Ávila Fematt**
*Mariano Montaña Álvarez***

El desarrollo de la medicina geriátrica académica, igual que el de otras disciplinas médicas, ha pasado por el trabajo clínico, la observación del paciente y sus patologías, la clasificación de fenómenos y la sistematización de los métodos de análisis, hasta lograr un cuerpo de investigaciones y conocimiento, para convertirse en una especialidad.

La Geriátría es la rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores con alguna condición aguda, crónica, tributaria a rehabilitación, o en situación terminal.

Aun cuando incluye la medicina preventiva, el manejo y tratamiento de condiciones reversibles, la medicina geriátrica está dominada por el reto que representa el paciente portador de condiciones crónicas.

Los adultos mayores de 80 años constituyen el grupo etario que registra el crecimiento más acelerado en la actualidad, de tal forma que se anticipa un creciente número de individuos en precario estado de salud y alta vulnerabilidad social.

Aunado a esto, la naturaleza de la enfermedad ha cambiado debido tanto a las mayores esperanzas de vida como a los avances en la salud pública y el progreso del conocimiento médico en general. Sumada la edad a la enfermedad crónica, el paciente viejo tiene características únicas que lo diferencian de poblaciones más jóvenes. Sin embargo, la mayoría de los médicos practicantes y el personal de salud que atiende a los adultos mayores carecen del entrenamiento específico para afrontar exitosamente sus condiciones patológicas.

El objetivo prioritario de la especialidad es el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual. Este propósito primordial se complementa con otros objetivos que en su conjunto dan sostén a la materia de la especialidad:¹

- Manejo de las condiciones comunes que afectan a los adultos mayores englobadas en los llamados síndromes geriátricos.
- Gestión de la enfermedad crónica para afecciones prioritarias en los adultos mayores: diabetes, síndrome metabólico, insuficiencia cardíaca, enfermedades pulmonares, deterioro cardiovascular, afecciones osteoarticulares y cáncer, entre otras.
- Praxis de la evaluación geriátrica y multidimensional.
- Reconocimiento de la heterogeneidad y la complejidad del proceso de envejecimiento y sus desenlaces.
- Comprensión y reconocimiento de la interacción entre el envejecimiento, la enfermedad, el estado clínico y el estado funcional del paciente.
- Comprensión del uso apropiado de los medicamentos, y evitar así los potenciales daños.
- Coordinación del cuidado entre todos los posibles proveedores a fin de mantener la independencia funcional y la calidad de vida.

* Médico especialista en Geriátría. Directora de Enseñanza y Divulgación del Instituto Nacional de Geriátría de la Secretaría de Salud.

** Médico especialista en Geriátría. Programa de Especialización en Geriátría del Instituto Nacional de Geriátría.

Enseñanza de la Geriátría en México

- Evaluación y organización de los servicios sociales y de salud para propiciar la productividad y la inserción social del adulto mayor.
- Asistencia para los familiares y cuidadores que encaran las decisiones y el cuidado relacionados con la declinación funcional o la enfermedad terminal.
- Organización de sistemas de cuidados largo plazo y cuidados transicionales.
- Adulto mayor en la comunidad.
- Desarrollo de capital humano en la geriátría.
- Investigación estratégica que aporte conocimiento encaminado a la resolución de los problemas que aquejan a los adultos mayores.

Situación de los recursos humanos especializados en geriátría

Los estándares internacionales marcados por la Asociación Geriátrica Británica sugieren que haya un geriatra

por cada 50,000 habitantes. De igual forma la Asociación Americana de Geriátría recomienda un geriatra por cada 2,000 adultos mayores. A la fecha el Consejo Mexicano de Geriátría ha certificado a 450 especialistas. La Secretaría de Educación Pública de México, a través de la Dirección General de Profesiones, registra hasta 2009 a 364 profesionistas distribuidos de forma disímil de acuerdo con el reporte entregado a solicitud de la Dirección de Enseñanza y Divulgación del Instituto Nacional de Geriátría de la Secretaría de Salud.

Son notables las diferentes denominaciones que recibe la especialidad, situación que denota muy probablemente una diferencia de conceptos y esquemas formativos con impacto también en los ámbitos laborales en que se desempeña este profesional, ya que mientras la Geriátría es considerada una especialidad clínica de atención directa al paciente, las maestrías tendrían una vocación de investigación y no de atención asistencial (Cuadro 1).

Cuadro 1. Historial de profesionales de la Geriátría registrados hasta 2009

| Carrera | Profesionales registrados a 2009 |
|--|----------------------------------|
| Especialidad como médico geriatra | 30 |
| Especialidad en Geriátría | 220 |
| Especialidad en Geriátría Clínica | 13 |
| Especialidad en Geriátría y Gerontología | 49 |
| Especialidad en Medicina (Geriátría) | 4 |
| Especialidad en Odontogeriatría | 3 |
| Maestría en Ciencias con especialidad en Geriátría | 34 |
| Maestría en Ciencias en Geriátría | 6 |
| Maestría en Geriátría | 5 |
| TOTAL | 364 |

Fuente: investigación propia de la Dirección de Enseñanza y Divulgación del Instituto Nacional de Geriátría.

En agosto de 2010, en el marco del Encuentro Nacional de Envejecimiento y Salud, el Instituto Nacional de Geriátría realizó un ejercicio diagnóstico relacionado con el número de especialistas formados desde 1986, en que se apertura el primer curso, así como el porcentaje de ocupación de plazas de residencia para 2010, obteniéndose los resultados que se anotan a continuación:

- 7 universidades ofrecían curso de especialización en Geriátría: la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto de Estudios Superiores de Monterrey y Universidad de Monterrey.

- 18 sedes del Programa de Especialidad, en el que el programa de la UNAM cuenta con siete centros formativos en el Distrito Federal.
- 70% de plazas del primer año de la especialidad se encuentran ocupadas.
- 76% de plazas del segundo año de especialidad se encuentran ocupadas.
- 296 egresados de las sedes con reconocimiento universitario.

Para el año 2010, el Consejo Mexicano de Geriátría había certificado 402 especialistas.

En conclusión, considerando las recomendaciones más conservadoras de la Sociedad Británica de Geriátría requeriríamos formar, entre 2010 y 2020, alrededor de 2,019 geriatras, aproximadamente 201 especialistas por año en lugar de los 20 en promedio que se forman en la modalidad y sistema actuales.²

A todas luces el ritmo de formación es insuficiente, lo que impone el reto de diseñar nuevas políticas educativas que contribuyan a subsanar esta carencia, acoplarlas a la apertura de centros especializados que diversifiquen los servicios que se ofrecen y se constituyan en fuente laboral para los egresados. En este sentido, cabe mencionar que en el país se cuenta con 21 Servicios de Geriátría, con infraestructura muy diversa y que se han ido constituyendo desde 1984 en los siguientes centros hospitalarios: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Hospital General de México, Hospital Juárez del Centro, Centro Gerontológico Mundet, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, Hospital de Enfermos Crónicos de Tepexpan, Hospital Universitario de Monterrey, Hospital Metropolitano de Monterrey, Hospital San José de Monterrey, Hospital de la Beneficencia Española en el Distrito Federal, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Hospital American British Cowdray, Hospital Miguel Hidalgo de Aguascalientes, Hospital General de Tijuana, Hospital Central Norte de Pemex, Fundación Médica Sur, Hospital Regional Núm. 89 del IMSS en Guadalajara, Hospital Regional Núm. 1 en Querétaro, Hospital General de Zona Núm. 27 del IMSS-Tlatelolco, Hospital General de Zona Núm. 17 en Monterrey y, el más reciente, el Hospital Regional de León, Guanajuato del ISSSTE. Como puede notarse, el mayor número se concentra entre el Distrito Federal y Nuevo León y llaman la atención su ausencia en la zona del sureste de México.

Se cuenta además con el Servicio de Cardiogeriatría del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, los Servicios de Psicogeriatría del Instituto Nacional de Psiquiatría y el Hospital “Fray Bernardino Álvarez”, así como el Laboratorio de Demencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suarez” (INNN) y el Servicio de Rehabilitación Geriátrica del Instituto Nacional de Rehabilitación. En todas estas sedes se cuenta con cursos de subespecialidad geriátrica o de Alta Especialidad, destacando los que iniciarán en marzo de 2012 de Neurología Geriátrica a cargo del Dr. Alberto Mimenza Alvarado del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) y el de Demencias de la Dra. Ana Luisa Sosa en el INNN.

Las instituciones académicas en el desarrollo de la especialidad

Evolución de la Geriátría en la Universidad Nacional Autónoma de México

La máxima casa de estudios ha sido fundamental para el impulso de la especialidad en México. En los planes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México se ha incluido de distintas formas la enseñanza de la Geriátría. En el plan de 1985 se incluían siete horas de “Clínica del viejo” dentro de Medicina General II; en el Plan Único de Estudios de la carrera de Médico Cirujano en 1993 se incluyó como unidad temática con 40 horas, representando 8.3% de los créditos del cuarto año de la carrera. La materia se encontraba incluida dentro del programa de Salud Pública III con el objetivo de asegurar que el estudiante recibiera un enfoque humanístico de la salud pública (gerontológico) y que conociera el abordaje clínico (geriátrico) que le permitiera responder a las necesidades de salud de la población anciana.³ Hasta 2010 con base en el programa de 1993, se contaba con 34 profesores con especialidad en Geriátría o Gerontología responsables de 37 grupos por año que albergaban un promedio de 20 alumnos cada uno.

En el año 2010 se aprobó el plan de estudios de la licenciatura de Médico Cirujano que se encuentra en proceso de implementación, en el cual la Geriátría ha pasado a ser una materia independiente obligatoria fuera de la Salud Pública. Se imparte en noveno semestre en el área de conocimientos clínicos con una duración

del programa teórico-práctico de 8 semanas, con 10 horas de teoría y 25 de práctica. Este nuevo programa individualiza a la Geriátría y asegura un adecuado tiempo de impartición, que requiere el desarrollo de materiales de texto que complementen las antologías con lecturas recomendadas. Esta nueva visión implica contar con un mayor número de campos clínicos y con un cuerpo docente que esté en posibilidades de invertir un mayor número de horas teóricas y prácticas para cumplir con los objetivos del programa.²

Se ha buscado mantener la visión y la mística que el profesionista requiere para la atención del adulto mayor y se le apoya constantemente para actualizarse. Es importante mencionar que, a partir de enero de 2012, el Instituto de Geriátría se convierte en nueva sede para la impartición de la materia de Salud en el Anciano, y aporta cuatro profesores altamente calificados que recibirán en sus aulas a los grupos correspondientes del cuarto año de la carrera.

Programa Único de Especialidades Médicas, especialización en Geriátría

El primer proyecto de posgrado de Geriátría presentado en 1992 a la División de Posgrado de la Facultad de Medicina por el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, en ese entonces jefe de la Clínica de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” se inscribió en un entorno nacional en donde la esperanza de vida apenas alcanzaba los 66 años para los hombres y 68 para las mujeres, las encuestas nacionales de salud marcaban como prioridades la atención primaria a la salud como la necesidad de educación a la comunidad y hacían énfasis en el trabajo de cuidados de voluntariado, llamaban también la atención hacia los riesgos de dependencia. Los datos recabados por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina demostraban que de 57 escuelas y facultades sólo tres ofrecían contenidos geriátricos en sus currículos. Únicamente había 10 especialistas en Geriátría formados en el extranjero y 17 que habían egresado del primer curso de especialidad sin reconocimiento universitario del Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, que desde 1986 inició la formación de geriatras. A este número se sumaban ya 30 maestros en ciencias con especialidad en Geriátría de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional y ya se calculaba el déficit de geriatras con cerca de 2,600 profesionales. La producción científica y la investigación

eran escasas, con apenas 50 publicaciones nacionales de aspectos geriátricos.

Los alcances de la propuesta del Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) que finalmente fue implementado en 1994 se centraban en lo siguiente:

- Proporcionar atención médica integral al anciano.
- Integrar, coordinar y organizar las actividades asistenciales con respecto a las de educación sanitaria y promoción de la salud.
- Integrar los conocimientos y metodología de la investigación a la clínica geriátrica.
- Practicar la docencia de la Geriátría.
- Demanda esperada: 10 a 15 residentes.
- Características institucionales: servicios en hospitales de tercer nivel, instituciones médico-sociales de cuidados continuos en estancia prolongada.
- Se perfilaba la necesidad de formación en otros ámbitos de modelos asistenciales de cuidados progresivos aún no explorados en México.
- Era dirigida hacia médicos con la especialidad de Medicina Interna.
- Duración de la especialidad de dos años.

Como resultado de un riguroso proceso de evaluación del PUEM, realizado entre los años 2004 y 2006, con ajustes acordes a los tiempos y necesidades de salud del país, se imprime un giro radical a los programas de especialidades médicas que culminan con la modificación de los requisitos de ingreso o duración de 20 especialidades; la incorporación de nuevas especialidades y cambios de denominación de algunas ya existentes; incorporación del apartado de profesionalismo médico, y la inclusión de la Unidad de Medicina Basada en Evidencia. Es de remarcar que estas modificaciones se sustentaron en técnicas didácticas de abordaje basado en problemas.

Es así que la más reciente modificación del programa de especialización en Geriátría fue aprobada en junio de 2007 y permanece vigente al día de hoy. Es pertinente destacar los principales cambios de esta versión que visualiza la necesidad de ir acortando los tiempos formativos, dando la opción a médicos que no concluyen la especialidad troncal de dirigirse hacia la especialidad de rama, además de perfilar la colaboración interinstitucional y el trabajo multidisciplinario en función de desarrollar los ámbitos académicos y de servicios que requiere la atención de los adultos mayores. Los cambios más sobresalientes son:

- Duración de la especialidad de dos años.
- Requisito de ingreso de contar con al menos tres años de Medicina Interna.
- Posibilidad de completar la especialidad con rotaciones en múltiples sedes, fuera de los hospitales de tercer nivel de atención en los que se venía desarrollando la especialidad, para dirigir la atención hacia los cuidados transicionales y de largo plazo, la atención rehabilitadora y psicogeriatrica.
- Las sedes de formación deben mantener relación directa con un centro de asistencia médico-social o con unidades de cuidados prolongados.
- Se privilegia la investigación clínica.
- Modelo didáctico-constructivista.

Grupo Ad Hoc de posgrado de la especialidad de Geriatria

Convocados por el Subcomité Académico de Geriatria de la Facultad de Medicina de la UNAM en el mes de agosto de 2007, los cuerpos académicos de la especialidad de las diversas universidades del país entraron en un productivo proceso de reflexión en torno a la duración de la especialidad y a los problemas de reclutamiento de candidatos que empezaba a notarse, pues se reconoció que el ritmo de formación era insuficiente para las necesidades reales de cobertura y asistencia que demandaba el país. Es así que después de intenso debate, se dio respuesta a los cuestionamientos siguientes en el documento “Reporte del Grupo Ad Hoc de posgrado de Geriatria” en el que participaron el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, el Dr. Carlos D’Hyver, el Dr. Armando Pichardo Fuster, el Dr. Sergio Valdez Rojas por la UNAM; el Dr. David Leal Mora por la Universidad de Guadalajara, el Dr. Amador Macías Osuna y el Dr. Abraham Barragán Berlanga por el ITESM, el Dr. Carlos Romero Aparicio por el Instituto Politécnico Nacional, el Dr. Ricardo Salinas Martínez por la UANL, los Dres. Francisco Javier López Esqueda y Marco Vinicio González Rubio por la UASLP, y el Dr. Gustavo Medina Beltrán, presidente del Consejo Mexicano de Geriatria.

Planteamiento del problema:

- Es necesario contar con un mayor número de profesionales preparados para la atención del anciano.
- El número de geriatras certificados es claramente insuficiente (260).

- El ritmo actual de su formación (20-25 por año) no permitirá cubrir las necesidades, ni siquiera en el largo plazo.
- La Secretaría de Salud incrementó desde hace cinco años significativamente el número de plazas disponibles y éstas no se han llenado por falta de candidatos.

Las posibles razones del problema:

- Poco conocimiento de la especialidad y mala imagen pública de ésta.
- Ausencia de promoción para el reclutamiento.
- Bajas posibilidades de incorporarse a un programa especializado al egreso.
- Ausencia de plazas de especialista en Servicios de Geriatria (muy escasos en número).
- Larga duración de la especialidad.

Resultados:

¿Cuáles deben ser los contenidos básicos del entrenamiento en Geriatria?

- Se consideró que el contenido básico del PUEM existente era adecuado para formar un médico integrador y coordinador interesado en la investigación y la docencia.

¿Cuántos meses se requieren para este entrenamiento básico?

- En el caso de que se mantenga el requerimiento de cuatro años de Medicina Interna, o que sea de al menos tres años de Medicina Interna, entonces la duración actual es adecuada (24 meses). En caso de disminuir el requerimiento a dos años de Medicina Interna, entonces la duración deberá ampliarse a 36 meses. En resumen, un entrenamiento de posgrado para formar un geriatra deberá ser de al menos cinco años en total. Cuatro años, como algunos propusieron, no son suficientes.

¿El entrenamiento académico en docencia e investigación debe formar parte del entrenamiento básico?

- La respuesta fue afirmativa; es deseable el entrenamiento para una carrera académica y de investigación.

¿Existen áreas del conocimiento geriátrico que justifiquen un entrenamiento complementario (por ejemplo, un año más) luego del entrenamiento básico?

- Sí, al menos las que se enumeran a continuación son inmediatamente viables pues existen ya o se cuenta con la infraestructura académica necesaria para desarrollarlas a través de una vinculación interinstitucional: cuidados paliativos, clínicas de memoria, cardiogeriatría, psicogeriatría, educación médica, investigación, gestión de la enfermedad crónica, administración de servicios.

¿Qué cambios en la estructura y duración del entrenamiento harían de la Geriátría una elección más deseable? Por ejemplo, ¿cuál sería el impacto en el reclutamiento transformándola en una especialidad de entrada directa (tres años más uno de orientación específica), o bien abreviando el prerrequisito de Medicina Interna a sólo dos años?

- El acuerdo de mantener al menos tres años de Medicina Interna más dos de Geriátría, que es la situación vigente en la UNAM, pero avanzar hacia el reclutamiento de entrada directa en el examen de la residencia, cursar vía Medicina Interna tres años de formación en este ámbito, y mantenimiento del programa vigente de dos años de Geriátría.
- En cuanto a la opción de disminuir el prerrequisito a dos años de Medicina Interna, se estaría entrenando geriatras con conocimientos limitados en Medicina Interna, con menor capacidad resolutoria que la que actualmente tiene el internista-geriatra. Esta opción quizás sólo sería viable si se aumenta el tiempo de la residencia de Geriátría a tres años.

El análisis del documento da cuenta de una problemática vigente, que si bien no es exclusiva de México y que se repite en países desarrollados, adquiere relevancia en función de los datos sociodemográficos, epidemiológicos y de uso de servicios sobre la población de personas mayores en nuestro país. La situación se veía agravada por la escasez de Servicios de Geriátría en donde formar especialistas y prácticamente la ausencia de plazas laborales. En este sentido, solamente el ISSSTE tenía dentro de su esquema la posibilidad de contratar geriatras con plazas específicas. En el resto de instituciones las plazas disponibles son de Medicina Interna.

Los resultados obtenidos de las consideraciones del cuerpo docente definen que el entrenamiento previo en Medicina Interna debe ser al menos de tres años y ya se perfilaba la posibilidad de ofrecer la entrada directa como una solución a la falta de geriatras y a los problemas de reclutamiento de candidatos. Conviene anotar que los profesores se pronunciaron por mantener intacto el PUEM porque consideraron que su estructura, diseño y contenido cumplían con el cometido formativo.

Entrada directa a la especialidad de Geriátría

En el mes de enero de 2010 se reúne el Subcomité de la Especialidad de Geriátría, con su presidente, el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, y con la presencia del Dr. Carlos Lavalle Montalvo de la Subdivisión de Posgrado de la Facultad de Medicina, para someter a consideración de los integrantes la posibilidad de que la Geriátría fuera ofrecida como especialidad de entrada directa en el Examen Nacional de Residencias Médicas (Enarm) con la finalidad de aumentar el reclutamiento de aspirantes y detonar más plazas para los médicos internistas que aspiran a ser geriatras, apegándose estrictamente al PUEM. Los resultados de esa reunión muestran el sentido de apertura a nuevos caminos formativos que comparten los miembros del Subcomité de Geriátría, con la convicción de que no habría de afectarse la calidad de los egresados y que se mantendría un cuerpo de profesionales altamente competentes:

- No existió ningún inconveniente a que se solicitaran plazas adicionales de “entrada directa administrativa” en apego estricto al PUEM, que como prerrequisito acepta al menos tres años de Medicina Interna.
- Los residentes en esta modalidad cursarían tres años de Medicina Interna en las sedes específicas al inscribirse a esa especialidad durante este tiempo.
- La especialidad seguiría siendo de dos años sin existir la necesidad de modificación del PUEM vigente.
- Los residentes se integrarían al curso de Geriátría una vez finalizados sus tres años en Medicina Interna.
- Las plazas otorgadas a los internistas no sufrirían modificación y cada curso mantendría la vía de entrada tradicional (para médicos, si ésta fuera su conveniencia).

- Esta modalidad de plazas fueron solicitadas sólo por el Instituto de Geriatria de la Secretaría de Salud, recientemente creado.
- Como resultado de esa gestión, en el Enarm en 2010 se ofrecieron ocho plazas de entrada directa a Geriatria en la Secretaría de Salud y 50 para el Instituto Mexicano del Seguro Social. Vale la pena mencionar que solicitaron esta especialidad 1,359 inscritos para esta promoción. Es decir, sólo el 4.3% de la demanda encontró un espacio disponible.
- En la promoción 2011 la oferta de plazas fue de 61, se mantuvieron ocho para la Secretaría de Salud, 50 para el IMSS y se agregaron tres para Pemex, que considera que con esta vía ofrecerá la opción de aumentar su plantilla interna de geriatras.

Sedes del curso de especialización en Geriatria de la UNAM

Las sedes hospitalarias que fungen como centros de formación son de primordial importancia para el buen desarrollo de las especialidades. La conjunción del Sistema Nacional de Salud con las universidades del país ha permitido un crecimiento del número y la calidad de los especialistas en beneficio de la población. La Geriatria ha tenido como punto de partida la asistencia y el trabajo clínico en unidades hospitalarias de tercer nivel y hospitales generales, con una visión inicial del manejo del paciente en condiciones agudas o crónicas agudizadas para irse moviendo hacia los ámbitos de los cuidados de largo plazo, transicionales, de recuperación funcional, de rehabilitación, y clínicas específicas encaminadas a tratar problemas particulares que aquejan al viejo.

En este sentido podemos mencionar al Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas “Salvador Zubirán”, en donde la Clínica de Geriatria fundada por el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo y actualmente dirigida por el Dr. José Alberto Ávila Funes aglutina a un equipo de trabajo de excelencia tanto en asistencia, enseñanza e investigación geriátrica, cuya producción científica es creciente. La propuesta nacida en 1994 en esta institución culminó con el reconocimiento universitario actualmente vigente. Los médicos egresados de este curso, cuyo profesor titular actual es el Dr. Emilio García Mayo, se han distribuido en centros académicos, asistenciales y de investigación tanto en México como en el extranjero. En fechas recientes han impulsado el trabajo conjunto con los otros institutos nacionales de salud con

especial interés en la Oncogeriatría, la Neurogeriatría y la Cardiogeriatría. La Clínica de Memoria de esta institución es única en su tipo en México y de ella ha emanado buena parte del conocimiento sobre demencias en México.

El Servicio de Geriatria del Hospital General de México inició su curso de especialización en Geriatria avalado por la UNAM en 1995, con el Dr. Armando Pichardo Fuster como profesor titular fundador, con la activa colaboración de la Dra. Leonor Pedrero Nieto, aunque el trabajo había iniciado a finales de la década de los setenta. Su trabajo, al momento, ha sido desarrollar modelos gerontológicos de atención aguda y subaguda que permitan formar especialistas en Geriatria con capacidad para coordinar a los equipos multidisciplinarios responsables de la atención de los adultos mayores. En la actualidad el Dr. Armando Pichardo Fuster se desempeña en el Instituto de Geriatria con la encomienda de trabajar en el desarrollo de modelos de atención geriátrica con diversas instancias del Sector Salud.

El Servicio de Geriatria del ABC Medical Center en el año 2002 inició su curso de especialización en Geriatria con el Dr. Carlos D’Hyver de las Deses como profesor titular fundador. Pionero de la especialidad, formado en México y Francia, el Dr. D’Hyver ha participado en la formulación de todos los programas de la especialidad en la UNAM y en otras instituciones académicas. El objetivo de este servicio de alta calidad es mejorar la atención de los adultos mayores de 80 años y más, que sean internados en la institución, así reducir el número de días de estancia hospitalaria y favorecer un egreso hospitalario en mejores condiciones de salud. Su curso de especialización busca ofrecer formación geriátrica integral, mediante la atención hospitalaria, la consulta externa, el convenio con la residencia Mater y la atención domiciliaria mediante el servicio “Medicasa”.

La Fundación Médica Sur inició su curso de especialidad en Geriatria en 2009 con la Dra. Ivonne Becerra Laparra a la cabeza y rápidamente se ha colocado como una de las sedes más solicitadas para realizar el posgrado. Su objetivo es el desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los ancianos, que de forma aguda y subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física o social.

El Hospital Español de México reúne en sus instalaciones la atención del paciente agudo y crónico, lo cual lo convierte en un ambiente académico ideal para la formación. Con una afluencia alta de pacientes de la tercera edad, el Servicio de Geriátría ha sido dirigido por la Dra. Patricia Morales, quien también ocupó el cargo de presidenta del Consejo Mexicano de Geriátría.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia tiene entre sus responsabilidades el cuidado de adultos mayores en situación de vulnerabilidad y desamparo. Entre sus facultades se cuentan las de desarrollar, difundir, coordinar y concertar procedimientos y acciones con instituciones públicas privadas y sociales para la atención integral de personas adultas mayores, lo que favorece su autosuficiencia. Dentro del área educativa, el DIF participa activamente en la formación y capacitación de recursos humanos, formación de médicos especialistas en Geriátría, diplomados en Geriátría Social, investigación científica de alto nivel en materia gerontológica y talleres de capacitación para médicos de otras especialidades que atienden adultos mayores.³

El Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos es dirigido por el Dr. Alejandro Uribe Hernández. Esta sede ha reconocido la necesidad de contar con un mayor número de geriatras en su plantilla laboral y ha optado por la modalidad de entrada directa a la especialidad habiéndosele asignado, en la promoción 2011, tres plazas de residencia en esta modalidad.

El camino del cambio ha sido iniciado y propiciado por el Instituto de Geriátría. En mayo de 2011 fue aceptado como sede titular del curso de especialidad de Geriátría por la UNAM, con una propuesta novedosa que implica el contar solamente con campos clínicos asociados para la enseñanza, además de alejarse de la visión tradicional de los otros cursos que centran el aprendizaje en el cuidado agudo de los hospitales de tercer nivel de atención para centrarse en los cuidados subagudos, las unidades de corta estancia y el desarrollo de la medicina perioperatoria geriátrica. Las alianzas estratégicas con el Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia y con el Hospital Juárez del Centro, con los institutos nacionales de salud y con instituciones de asistencia privada, auguran un curso de alta calidad.

Papel de otras instituciones académicas en el desarrollo de la Geriátría

Geriatras formados en el extranjero y egresados de los cursos nacionales han realizado un esfuerzo muy importante al promover la especialidad y abrir espacios de formación a lo largo y ancho del país. Este grupo altamente capacitado constituye un sólido cuerpo académico que mantiene una intensa actividad tanto en los ámbitos de pregrado, posgrado y educación médica continua. Su labor se desarrolla tanto en el ámbito público como privado y su influencia es, y seguirá siendo, decisiva para la especialidad.

Universidad Autónoma de Nuevo León

El programa universitario de Geriátría Clínica, que tiene como sede al Hospital Universitario, es el primero en su tipo fundado en 1988 por el Dr. Ricardo Salinas Martínez. Está basado en el desarrollo de competencias y tiene como misión preparar geriatras especialistas en la atención de personas mayores a los 60 años de edad, con conocimientos sobre la fisiología del envejecimiento y sus efectos sobre la farmacología y terapéutica; las patologías asociadas con la edad, los síndromes geriátricos y el desarrollo de la fragilidad del adulto mayor. Está diseñado para médicos con Medicina Interna completa.

Instituto Politécnico Nacional

El Programa de Geriátría de la Secretaría de Investigación y Posgrado de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional tiene como misión formar recursos humanos de alto nivel académico y de investigación en las áreas médico-biológicas, capaces de comprender la realidad social en el ámbito de la salud y de intervenir innovadora y positivamente con sólidos principios éticos. La coordinadora de la especialidad, la Dra. Rosalía Rodríguez García, es pionera en la formación de geriatras mexicanos ya que bajo su tutela académica se formó en el período 1986-1988 la primera generación de geriatras en el Sistema Nacional de Salud en el Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, que cuenta con el mayor número de egresado en el país. Está diseñado para médicos con Medicina Interna completa.

Universidad de Guadalajara

Bajo el liderazgo del Dr. David Leal Mora como profesor titular y del Dr. Miguel Flores Castro profesor adjunto en el Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”, el programa, iniciado en 1994, tiene como objetivos manejar con sentido crítico los conocimientos en Gerontología Biológica y Social, y las alteraciones médicas agudas y crónicas en la vejez, que permitan brindar acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Está diseñado para médicos con Medicina Interna completa.

Universidad Autónoma del Estado de México

El programa de Geriátrica de la Universidad Autónoma del Estado de México tiene como objetivo formar especialistas clínicos cuya praxis profesional radique en el dominio del conocimiento de las enfermedades del adulto mayor y su manejo, así como en la prevención de riesgos a la salud y disminución de la mortalidad, todo esto en el escenario hospitalario y comunitario. El Dr. Felipe Martínez Arronte, con amplia experiencia en el Hospital de Enfermedades Crónicas de Tepexpan, funge como profesor del curso de especialidad. Diseñada para médicos con Medicina Interna completa.

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

El curso de especialización tiene como sede el Servicio de Geriátrica del Hospital Central Ignacio Morones Prieto de la ciudad de San Luis Potosí, fundado en febrero de 1995 por el Dr. Marco Vinicio González Rubio como coordinador de la especialidad y el Dr. Francisco Javier López Esqueda como profesor titular del programa de especialidad en Geriátrica. El curso tiene como objetivo formar especialistas que cuenten con los conocimientos y habilidades necesarias para la atención médica integral de los pacientes de 60 años en adelante. Diseñado para médicos con Medicina Interna completa.

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Los Doctores Abel Barragán Berlanga y Amador Macías Osuna han conjuntado esfuerzos en el Hospital Metropolitano de Monterrey y el Hospital San José de la misma ciudad para desarrollar el curso de Geriátrica del ITESM. Ejemplo de la colaboración entre instituciones públicas y privadas, este curso proyecta

que su egresado será una persona formada como geriatra a un nivel de excelencia, comprometido con el desarrollo y transformación de su comunidad, capaz de construir conocimientos en forma colaborativa, desarrollar habilidades y destrezas, y fortalecer todas sus actividades de competencia profesional con buenas actitudes y valores. Diseñado para médicos con Medicina Interna completa.

Universidad Autónoma de Guanajuato, campus León

Este novel curso iniciado en 2010 en el Hospital Regional de León del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, gracias al interés y esfuerzo del Dr. Jorge Luis Torres, quien es internista, geriatra y cardiogeriatra, cuenta con una sólida propuesta académica sustentada en la pertinencia social y con un enfoque constructivista por competencias, por lo que es punta de lanza en la zona del Bajío. La primera generación ingresó en marzo de 2010. Diseñado para médicos con cuando menos tres años de Medicina Interna.

El Instituto Nacional de Geriátrica y su aportación a la Geriátrica Académica

Creado por decreto presidencial en 2008, el Instituto Nacional de Geriátrica tiene como funciones sustantivas fomentar la creación y capacitación de recursos humanos especializados en materia de Geriátrica y en aquellas disciplinas complementarias y de apoyo, mediante la creación e implementación de programas y cursos especializados; difundir y publicar los estudios e investigaciones que elabore en materia de Geriátrica, así como de materias afines o complementarias.

A lo largo de su aún corta existencia, el Instituto Nacional de Geriátrica ha dedicado sus esfuerzos al diseño de programas de formación y capacitación en torno al envejecimiento y a la salud. Con una vocación de trabajo colaborativo, ha establecido alianzas académicas y de investigación con múltiples actores públicos y de la sociedad civil.

A través de la Dirección de Enseñanza y Divulgación se han realizado cursos, seminarios y talleres sobre envejecimiento y salud; se destaca en forma especial el Encuentro Nacional sobre Envejecimiento y Salud que congregó a los expertos del país en múltiples áreas del conocimiento, contribuyendo al análisis y la resolución

de problemas en beneficio de los adultos mayores, en particular, y de la sociedad, en general. Ha colaborado activamente con las instituciones del Sector Salud, en especial con el Sistema de Protección en Salud del Seguro Popular al proponer ampliar las acciones específicas para el adulto mayor del Catálogo Universal de Servicios a partir del análisis de intervenciones de sus médicos especialistas y diseñar herramientas de tamizaje del adulto mayor para el Sistema Nominal de Salud, en su componente de Oportunidades que tendrán impacto en el primer nivel de atención.

En colaboración con integrantes de la sociedad civil, el Instituto Nacional de Geriátría ha iniciado el desarrollo de la Plataforma de Formación de Recursos Humanos con el propósito de brindar capacitación al personal de las instituciones de asistencia social que tienen bajo su cuidado a personas mayores.

La Biblioteca Virtual en Envejecimiento (BV) del Instituto Nacional de Geriátría es sin duda una de las aportaciones más valiosas de esta institución. Se define como un esfuerzo de comunicación a partir del uso de las nuevas tecnologías y pretende constituirse en un espacio de estudio y convergencia de intereses, así como en un foro de diálogo y enriquecimiento de individuos y colectivos.

La BV es un proyecto que avanzará paulatinamente en los próximos años, en su etapa inicial se conforma a partir de la selección y catalogación de los materiales disponibles en bases de datos generales de libre acceso de otras instituciones nacionales e internacionales que abordan el tema del envejecimiento. Paulatinamente, la BV ha integrado materiales de un mayor nivel de especialización, para cubrir las necesidades de grupos de investigación y de programas de formación a nivel de posgrado, las cuales demandan fuentes y materiales con un tratamiento más profundo.

Mención especial merece el trabajo realizado por el equipo de la Dirección de Enseñanza del Instituto Nacional de Geriátría al haber diseñado en conjunto con el Instituto Nacional de Salud Pública el Área de Concentración en Envejecimiento de la maestría en Salud Pública que recibirá a su primera generación a finales de 2012. Única en su tipo en Latinoamérica, tiene como objetivos formar profesionales capaces de identificar y analizar las necesidades y los problemas de salud pública asociados con el envejecimiento y la

vejez, así como planear, diseñar, ejecutar y evaluar acciones y programas enfocados en la resolución de esas necesidades; mediante la comprensión de los factores que determinan dicha problemática en los ámbitos biológico, psicológico, social y del medio ambiente, con alto impacto en los sistemas y servicios de salud.

Es de especial interés del Instituto de Geriátría el rumbo que ha de tomar la formación de especialistas en los próximos años, de tal forma que a partir de sus análisis se ha sometido a escrutinio y debate la duración del entrenamiento, las características de los años de prerequisite, los métodos educativos y los ambientes de enseñanza y de forma particular el análisis de si la especialidad, tal como está planteada al día de hoy, responde a las condiciones de salud de la población y a la situación vigente en nuestro país.

Para este propósito, en agosto de 2010, en el marco del Encuentro Nacional sobre Envejecimiento, nos dimos a la tarea de congregarnos a los profesores titulares de los cursos universitarios existentes en el país y anticipadamente, mediante una encuesta, invitarlos a replantearse el camino de la formación geriátrica de especialidad en su conjunto, y a reflexionar sobre los propios programas que dirigen y los problemas comunes que enfrentan, en aras de cumplir la enorme responsabilidad que lleva implícita la enseñanza de la Medicina en general y de la Geriátría en particular. A continuación se anota la encuesta aplicada y el resultado del consenso obtenido de 19 profesores de posgrado:

Encuesta para profesores de Geriátría

- a. ¿Cuántos años de prerequisite de Medicina Interna se deben de cursar antes de iniciar la especialidad en Geriátría?
 - 42.8% consideró cuatro años con el argumento de mantener la calidad de los egresados y considerar que la Medicina Interna es indispensable para el geriatra, dado su carácter generalista.
 - 28.5% contestó tres años, ya que consideran que éstos son suficientes para obtener las bases y el conocimiento esencial teórico y clínico; además, que hasta antes de introducir el servicio social a las especialidades troncales, el internista se formaba en tres años.
 - 28.5% dijo dos años, siempre y cuando se agregara un año más al curso de Geriátría.

- b. ¿La especialidad de Geriátría debe de ofrecerse como elección inicial o después de la especialidad de Medicina Interna parcial o completa?
- 11% contestó que debía ser ofrecida como opción inicial, al reconocer que se corre el riesgo de reclutar en las primeras generaciones a candidatos poco adecuados. Se insistió en la necesidad de promover la existencia de espacios laborales.
 - 22% opinó que la especialidad debería de ofrecerse a quienes tuvieran Medicina Interna completa, ya que así se conserva la calidad de los geriatras y la imagen de la especialidad. El argumento con más peso fue que al tener Medicina Interna completa permite obtener puestos de empleo.
 - 77.7% consideró que debiera ofrecerse la especialidad como elección inicial a médicos (sin especialidad previa) y también para los médicos internistas. Esta opción favorece el reclutamiento para médicos que aprueban el Enarm y para el médico con Medicina Interna completa o con tres años.
- c. ¿La formación de Geriátría actual responde a las necesidades del país y de la población adulta mayor?
- 12% opinó favorablemente considerando que la estructura y los contenidos de los programas de formación son adecuados.
 - 87% consideró que no. La observación principal se centró en la falta de especialistas que se forman bajo el modelo actual. También se consideró que en la formación de los geriatras se requería de mayor proyección interdisciplinaria en los tres niveles de atención.

Las conclusiones a destacar son que la mayoría admite que en tres años se adquiere el conocimiento de Medicina Interna que requiere el geriatra, que se considera deseable ofrecer dos vías de entrada a la especialidad y que se pronuncian por la existencia de más espacios laborales que puedan acoger a los geriatras formados por cualquiera de las dos vías, ya que de no ser así, a aquellos que no cuenten con Medicina Interna previa les será difícil que se inserten en el campo de trabajo institucional.²

Considerando que la definición de políticas nacionales sobre la formación de especialistas en Geriátría es de

gran trascendencia y estando ciertos de que la reflexión y el debate han de ser exhaustivos, en el marco del curso-taller “Herramienta Metodológicas en Investigación del Envejecimiento”, realizado por el Instituto Nacional de Geriátría del 12 al 16 de diciembre de 2011 en la Ciudad de México, se realizó la segunda reunión con profesores de cursos universitarios de especialización en Geriátría, con el objetivo de analizar la situación actual de los programas académicos de la especialidad e iniciar un proceso de evaluación de las vías de ingreso actualmente vigentes y la posibilidad de ser respaldadas a corto y mediano plazo por los diferentes programas universitarios existentes.

Actualmente, la mayor parte de los programas académicos universitarios contemplan en sus requisitos de ingreso la necesidad de haber completado la especialización en Medicina Interna para poder realizar la especialización en Geriátría. Solamente el Programa Único de Especializaciones Médicas en Geriátría de la Universidad Nacional Autónoma de México avala el ingreso al curso tras haber completado los tres primeros años de la especialización en Medicina Interna.

A pesar de no estar desarrollado aún un programa académico *ad hoc* en ninguna de las universidades que ofrecen Geriátría, la entrada directa a partir del Examen Nacional de Aspirantes a las Residencias Médicas (Enarm) 2010 incluyó la especialización en Geriátría dentro del catálogo de especializaciones que podrían ser seleccionadas por los aspirantes. Es decir, el aspirante tiene carta de asignación a Geriátría para una especialidad de cinco años de subespecialidad que no contempla ser alumno del curso de Medicina Interna, hasta hoy académicamente inexistente, si bien había sido perfilado desde 2007. Ante la necesidad de contar con un programa académico que permita la inscripción universitaria a los aspirantes seleccionados en el Enarm, todos los profesores asistentes a la reunión consideraron que es indispensable desarrollar una propuesta de programa académico que incluya la vía de entrada directa a través del Enarm pero sin desaparecer la vía de ingreso tras finalizar la Especialidad en Medicina Interna. Sin embargo, sería necesario que dicho programa basado en competencias fuera sometido a evaluación en cada uno de los comités académicos de cada universidad (Cuadro 2).

Enseñanza de la Geriátría en México

Cuadro 2. Profesores participantes en los cursos de Geriátría en el país

| Profesor | Institución sede/Universidad que avala su curso | Puesto académico |
|------------------------------------|--|---|
| Carlos D'Hyver de las Deses | Hospital ABC/Universidad Nacional Autónoma de México | Profesor Titular/Miembro del Subcomité Académico Universitario de la Especialidad |
| Ricardo Salinas Martínez | Hospital Universitario/Universidad Autónoma de Nuevo León | Profesor Titular |
| Alejandro Uribe Hernández | Hospital Central del Norte Pemex/Universidad Nacional Autónoma de México | Profesor Titular |
| Abel Jesús Barragán Berlanga | Hospital Metropolitano/Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey | Profesor Titular/Director Académico de la Especialidad |
| Ivonne Karina Becerra Laparra | Fundación Clínica Médica Sur/Universidad Nacional Autónoma de México | Profesor Titular |
| Jorge Luis Torres Gutiérrez | Hospital Regional ISSSTE León/Universidad de Guanajuato | Profesor Titular |
| David Leal Mora | Hospital Civil de Guadalajara/Universidad de Guadalajara | Profesor Titular/Coordinador de la Especialidad |
| Dolores Patricia Morales Rodríguez | Hospital Español/Universidad Nacional Autónoma de México | Profesor Titular/Miembro del Subcomité Académico Universitario de la Especialidad |
| Armando Pichardo Fuster | Hospital General de México/Universidad Nacional Autónoma de México | Profesor Titular/Miembro del Subcomité Académico Universitario de la Especialidad |
| César Escobedo Lugo | Hospital Regional ISSSTE Adolfo López Mateos/Instituto Politécnico Nacional | Colaborador del Curso |
| Miguel Ángel Hernández Martínez | Hospital Regional ISSSTE Adolfo López Mateos/Instituto Politécnico Nacional | Profesor Asociado |
| Mariano Montaña Álvarez | Instituto Nacional de Geriátría/Universidad Nacional Autónoma de México | Profesor Titular |
| Faustino Félix Espinoza | Instituto Mexicano del Seguro Social | Jefe del Área de Capacitación en el Trabajo |
| Francisco Javier López Esqueda | Hospital Ignacio Morones Prieto/Universidad Autónoma de San Luis Potosí | Profesor Titular |

Fuente: resultados de la encuesta para profesores de posgrado de Geriátría. Encuentro Nacional sobre Envejecimiento y Salud, Instituto Nacional de Geriátría, 2010.

Encuesta para profesores de Geriátría

Se realizó una encuesta a los asistentes a la reunión de profesores con el objetivo de desarrollar un análisis situacional de los cursos universitarios existentes, las posibilidades de las diferentes sedes para implementar a mediano plazo y de forma simultánea los programas de Geriátría de entrada directa (cinco años de Geriátría) y tras finalizar Medicina Interna, así como un análisis de fortalezas, debilidades, riesgos y oportunidades para cada una de las vías de ingreso; además de los campos de formación académica que cada una de ellas requiere, la capacidad en campos clínicos y en recursos financieros para aceptar a corto o mediano plazo ambas modalidades de especialidad y si consideran necesario que se desarrolle un programa académico homologado y avalado por el grupo de profesores de la especialidad. La encuesta fue contestada por 9 de los 12 profesores.

¿Considera adecuado y pertinente que existan dos vías de formación para médicos especialistas en Geriátría?

Los 12 profesores que contestaron la encuesta consideran adecuado y pertinente la existencia de las dos vías de ingreso. Fueron muy insistentes en la necesidad imperativa de mantener la posibilidad de ingresar a la especialización en Geriátría a todos aquellos médicos que han terminado la especialidad en Medicina Interna, ya que esta vía ha demostrado hasta el momento una gran capacidad para formar especialistas altamente competentes tanto en la atención médica como en la investigación.

Los profesores consideraron que en un programa de cinco años de Geriátría, los primeros tres años de la especialidad deberían contemplar la adquisición de los conocimientos y competencias propios de los especialistas en Medicina Interna, particularmente en la atención aguda hospitalaria de los adultos mayores. En los dos últimos años de este programa de entrada directa se deberían abordar las otras modalidades de atención (subaguda y crónica) de los adultos mayores, haciéndose énfasis en el abordaje de los principales problemas y necesidades de salud de esta población. En lo correspondiente al ingreso de los especialistas en Medicina Interna a la especialidad, se considera que lo más adecuado es revalidar los tres primeros años del programa de la especialidad de Geriátría de entrada directa con el título de la especialidad en Medicina

Interna, sólo incorporando a estos alumnos a los dos últimos años del programa que contemplan el aprendizaje de modalidades de atención diferentes a las manejadas en la Medicina Interna.

¿Qué fortalezas, debilidades, riesgos y oportunidades identifica en la formación de especialistas en Geriátría de entrada directa del Enarm con un programa universitario de cinco años?

Dentro de las *fortalezas* identificadas se encuentra la posibilidad de contar con más aspirantes a la especialidad y poder capturar a los estudiantes desde el principio de su formación, promoviendo el desarrollo de esquemas mentales desde el principio de la especialidad y la identificación clara de las competencias que requieren desarrollar. Esta vía de ingreso permitiría a mediano plazo el egreso de un mayor número de especialistas que podrían mejorar la cobertura de atención que existe actualmente en el país y que se incrementara en los próximos años. Igualmente la existencia de la entrada directa para la especialidad permite la formación en un menor tiempo de los egresados.

Dentro de las *debilidades* identificadas se mencionaron la menor presencia y representación que tendrían los médicos especialistas en Geriátría en los Servicios de Medicina Interna, ya que se requeriría de su presencia continua en los Servicios de Geriátría para la supervisión continua del programa. Además existen al momento muy pocos profesores de Geriátría disponibles en las sedes existentes que aseguren contar con una plantilla adecuada para la implementación de un programa de cinco años. El no realizar previamente la especialidad en Medicina Interna disminuiría la exposición de los residentes al paciente con enfermedad aguda y polipatología, ya que se requeriría su mayor permanencia en modelos sociosanitarios de atención crónica. Es muy importante mencionar que se observó como debilidad la *inexistencia de programas universitarios que contemplen esta vía de ingreso*, por lo que no sería posible administrativamente el ingreso de estos alumnos en ninguna de las universidades.

Dentro de los *riesgos* mencionados por los profesores se encuentra principalmente la falta de plazas laborales suficientes de Geriátría que permitieran la incorporación inmediata de los egresados al campo de trabajo. Algunos de los profesores mencionaron su preocupación de

que si un programa de cinco años de entrada directa permitiría finalmente al alumno adquirir las destrezas y habilidades requeridas para generar geriatras altamente competentes.

Finalmente, de las *oportunidades* identificadas por los profesores, se vislumbró la posibilidad de replicar e incrementar el número de Servicios de Geriátría a lo largo del país al incrementar la cantidad de especialistas formados. Ante la implementación de programas geriátricos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (GeriatriMSS) también se observa a mediano plazo el incremento en el número de plazas para especialistas en Geriátría, lo que favorecería el interés de los aspirantes del Enarm a seleccionar como opción esta especialidad.

¿La sede del curso universitario en la que usted participa tiene la capacidad para recibir residentes de Geriátría para un programa de cinco años?

Solamente 8 de los 12 profesores que contestaron la encuesta expresaron la posibilidad de recibir a los residentes de entrada directa para un programa de cinco años. De los cuatro profesores que expresaron su incapacidad para implementar el programa de entrada directa, la principal explicación se encuentra relacionada con los recursos financieros insuficientes para generar plazas para residentes en un curso con duración de cinco años. Algunos de ellos no cuentan con los espacios clínicos y con los profesores suficientes que aseguren una formación adecuada en los primeros tres años de un programa de cinco años.

¿La sede del curso universitario en la que usted participa cuenta con la capacidad para impartir simultáneamente los programas de cinco años tras aprobar el Enarm y dos años con Medicina Interna completa? ¿Su institución cuenta con recursos financieros independientes de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud para generar plazas para residentes? A pesar de lo contestado en las preguntas anteriores, 11 de los 12 profesores que contestaron la encuesta consideraron que sí tendrían la posibilidad –pero en un mediano plazo– de poder absorber alumnos de la especialidad en Geriátría, tanto de entrada directa a través del Enarm como después de haber completado la especialidad en Medicina Interna. Sin embargo, solamente en 8 instituciones de los 12 profesores encuestados se

cuenta con recursos financieros independientes de la Secretaría de Salud para generar plazas para residentes de la especialidad, por lo que es difícil aseverar que podrán cubrir plazas para residentes de dos vías de entrada, ya que implica un mayor número de plazas y por mayor tiempo de formación

¿Qué fortalezas, debilidades, riesgos y oportunidades identifica en la formación de especialistas en Geriátría con dos años de especialidad tras haber finalizado Medicina Interna?

Dentro de las **fortalezas** mencionadas se incluye la historia previa de esta modalidad de formación y la buena calidad y alta competencia de los egresados en Geriátría que existen hasta el momento. Estos geriatras cuentan con mayores competencias clínicas ya que tienen la visión simultánea de dos especialidad y hasta el momento cuentan con más campos laborales. Se considera que las bases de Medicina Interna son indispensables para un geriatra y esto asegura su calidad al egreso. Además, sobre todo para las instituciones privadas, son menores los costos de formación en comparación con un programa de cinco años.

Dentro de las **debilidades** identificadas por los profesores se mencionan el bajo número de aspirantes que existen en la actualidad con esta modalidad y por tanto los pocos egresados luego de 23 años de formación de especialistas en Geriátría en el país. Esta modalidad tras terminar Medicina Interna requiere de más tiempo para la formación del especialista, lo que disminuye el atractivo para los médicos para realizar la especialidad.

Fueron pocos los **riesgos** identificados por los profesores para esta modalidad, el que fue mencionado por varios de ellos es el riesgo de no generar el número de especialistas en Geriátría necesario para cubrir las necesidades actuales y futuras de atención médica aguda y crónica de los adultos mayores. Aunado a la posibilidad de la asignación de plazas solamente de entrada directa para quienes dependen de la Secretaría de Salud.

De las **oportunidades** observadas en esta modalidad es que la visión clínica más amplia de estos egresados promueve la participación en investigación y mayor producción científica, así como promover su incorporación en instituciones donde no existe la Geriátría, y que a través de los Servicios de Medicina Interna se podrían desarrollar posteriormente estos espacios. Es ideal la manutención de una vía de ingreso a la especialidad

después de haber completado Medicina Interna además de las vías de entrada directa a un programa de cinco años, ya que incrementaría de forma neta el número de egresados y permitiría una mayor cantidad de recursos financieros para el crecimiento y replicación de los Servicios de Geriátría en todo el país.

¿Cree usted factible que se elabore un programa por competencias para la especialidad en Geriátría que incluya los dos perfiles potenciales de ingreso? ¿Cree necesario que se desarrolle una propuesta de programa universitario consensado por las diferentes escuelas de Geriátría en el país para su implementación a mediano plazo?

Para concluir los resultados de las encuestas, los doce profesores consideraron como factible y necesario el desarrollo de un programa universitario homologado y condensado de Geriátría, que se pudiera implementar de forma general en cada una de las universidades que cuentan con este curso universitario de especialización. Esta respuesta refleja la necesidad de generar una propuesta avalada por los profesores de Geriátría del país, de un programa de especialización en Geriátría de cinco años que contemple la revalidación de los tres primeros años de la especialidad en aquellos médicos que hayan completado su especialización en Medicina Interna. La generación de esta propuesta, basada en el esquema constructivista de competencias, permitiría a las instituciones públicas y a los consejos de la especialidad contar con una visión clara de las necesidades académicas y clínicas para la formación de especialistas en Geriátría mexicanos con altas competencias clínicas, docentes y en investigación.

Conclusiones y propuestas

El empoderamiento del adulto mayor es un imperativo en nuestra sociedad. Esta participación activa tiene como finalidad el involucramiento del adulto mayor en el modelaje de sus sistemas de cuidado.

La posibilidad de que el adulto mayor pueda decidir sobre el tipo de profesional que debiera tomar las riendas de su salud debe ser altamente valorada. Los beneficios percibidos por el paciente de que sus estados crónicos, así como sus morbilidades más importantes, puedan y deban ser manejados adecuadamente por un médico especialmente entrenado para ello deben ser un incentivo para impulsar el conocimiento en torno a la Geriátría.

Las condiciones demográficas, epidemiológicas, sociales y económicas del país obligan a la toma de decisiones en el corto plazo si se quiere estar a la altura del reto que se impone. Esto implica sobre todo que la responsabilidad de la formación de geriatras de alta calidad sea asumida por todos los actores involucrados: instituciones académicas y de salud, autoridades en educación, encargadas de presupuesto y consejos certificadores, en un trabajo vinculado con una visión a futuro evitando decisiones parciales e insuficientes alejadas de las necesidades del país.

A casi 25 años de haber egresado la primera generación de geriatras y habiendo hecho el recorrido de esta historia, pareciera natural dejar posiciones inamovibles y aprovechar la experiencia, propia y ajena, acumulada en este período para cambiar lo necesario y preservar lo bien hecho. Se trata entonces de abrir nuevas vías sin cerrar puertas.

El rico material humano que son los médicos en formación puesto en nuestras manos es tan importante como los pacientes a quienes han de atender, lo que sin lugar a dudas multiplica el compromiso que hemos adquirido con la sociedad.

La voz de los cuerpos académicos ha de ser escuchada, en la medida que este grupo inmerso en sus centros y hospitales afronta de forma cotidiana –y no siempre en las mejores condiciones– la enfermedad y sus complicaciones, no de un grupo poblacional, sino de hombres y mujeres con una historia de vida. El análisis de las encuestas muestran voluntades de cambio y renovación que se confrontan con limitaciones presupuestales y trabas administrativas.

Las propuestas emanadas del Instituto Nacional de Geriátría y en consenso con los profesores de los cursos universitarios son concretas y puntuales:

- Deben conservarse dos vías de entrada a la especialidad de Geriátría, entrada directa desde el Examen Nacional de Residencias Médicas para aquel que sólo será geriatra, y espacios para médicos que hayan terminado la especialidad de Medicina Interna como ocurre al día de hoy. Esto permite que cada sede universitaria pueda beneficiarse de cualquiera de las modalidades de ingreso de acuerdo con sus propias posibilidades, objetivos y tiempos
- Al conservarse las dos vías de entrada, habrían de permanecer las plazas para internistas que hasta

hoy se venían otorgando, adicionándose nuevas plazas de entrada directa. De no suceder esto, el resultado final sería contrario a lo deseado y se formarían menos geriatras que los actuales y los escasos Servicios de Geriátría existentes estarían en rumbo de desaparecer, lo que afectaría severamente a los pacientes.

- Es perfectamente posible el diseño de un curso de especialidad de Geriátría de cinco años en el cual tengan cabida tanto residentes de entrada directa como médicos internistas. El diseño de este programa está en marcha en la Dirección de Enseñanza del Instituto Nacional de Geriátría y será puesto a consideración del Comité Académico de la Especialidad en la UNAM en los meses siguientes.
- Debe asegurarse que en este nuevo programa de especialidad de Geriátría de cinco años sean revalidados los cuatro años de Medicina Interna de los médicos que terminaron esta especialidad, como si se hubieran cursado los tres primeros años de la especialidad.
- Se espera que toda vez que existe una vocación de colaboración expresa entre las universidades y los centros hospitalarios, éstos ofrezcan los mecanismos administrativos para que los residentes de entrada directa puedan ser inscritos a Medicina Interna en tanto se diseña el nuevo programa de especialidad de Geriátría de cinco años.

Referencias

1. Besdine, R., *et al.*, Caring for Older Americans: The Future of Geriatric Medicine, *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005, 53 (6): s245-s256.
2. Ávila, F. F. M.; Negrete, R. M. I. y Montaña, A. M., Enseñanza de la Geriátría: Primeros análisis sobre la formación geriátrica en pregrado, posgrado y enfermería, en Gutiérrez, R. L. M. y Gutiérrez, A. J. H. (coords.), *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre envejecimiento y la geronteología en México*, México, Instituto Nacional de Geriátría, Secretaría de Salud, 2010: 161-178.
3. Ávila, F. F. M.; Caro, L. E.; Negrete, R. M. I. y Montaña, A. M., La enseñanza de la Geriátría en México, en Gutiérrez, R. L. M. y Gutiérrez, A. J. H. (coords.), *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria*, México, Instituto Nacional de Geriátría, Secretaría de Salud, 2010: 21-402.

Envejecer en México: condiciones de vida y salud

*Emma Águila**
*Claudia Díaz***
*Mary Manqing Fu***
*Arie Kapteyn***
*Ashley Pierson***

Introducción

México está experimentando un cambio demográfico sin precedentes que se advierte en un aumento acelerado de la población que envejece, a consecuencia del descenso en la tasa de natalidad y el aumento en la esperanza de vida. Los estudios demuestran que la tasa de natalidad, que ha disminuido notablemente desde 1960, seguirá disminuyendo en las décadas por venir; por otro lado, los avances rápidos en las condiciones de vida, la salud y la tecnología están prolongando la esperanza de vida entre la población mexicana de edad avanzada.¹ Una población que envejece cada vez más rápido puede ejercer presión sobre los sistemas de pensiones y los servicios de salud tradicionales.

Es de suma importancia que tanto las autoridades encargadas de la formulación de políticas, como el sector privado y los ciudadanos comprendan la complejidad del fenómeno del envejecimiento de la población en México. Debido a la presencia de las generaciones más grandes de México en el mercado laboral, la realidad actual ofrece una ventana de oportunidades para adaptar las políticas en materia de pensiones, salud, empleo en el sector formal y ahorro para el retiro, antes de que estas generaciones –nacidas entre 1980 y 2005– comiencen a jubilarse en 2040.²

A continuación, la primera sección de este artículo describe brevemente los cambios demográficos y la situación de pobreza de los adultos mayores en México. La segunda sección es una descripción del sistema de pensiones y salud en México. La tercera sección muestra

un análisis del estado actual de la seguridad económica, el estado de salud y la prestación de los servicios de salud para los adultos mayores. La sección final presenta recomendaciones políticas con el objetivo de mejorar el bienestar de los adultos mayores en México en las cuales los sectores público, privado y académico tienen un papel fundamental.

Los cambios demográficos y la pobreza

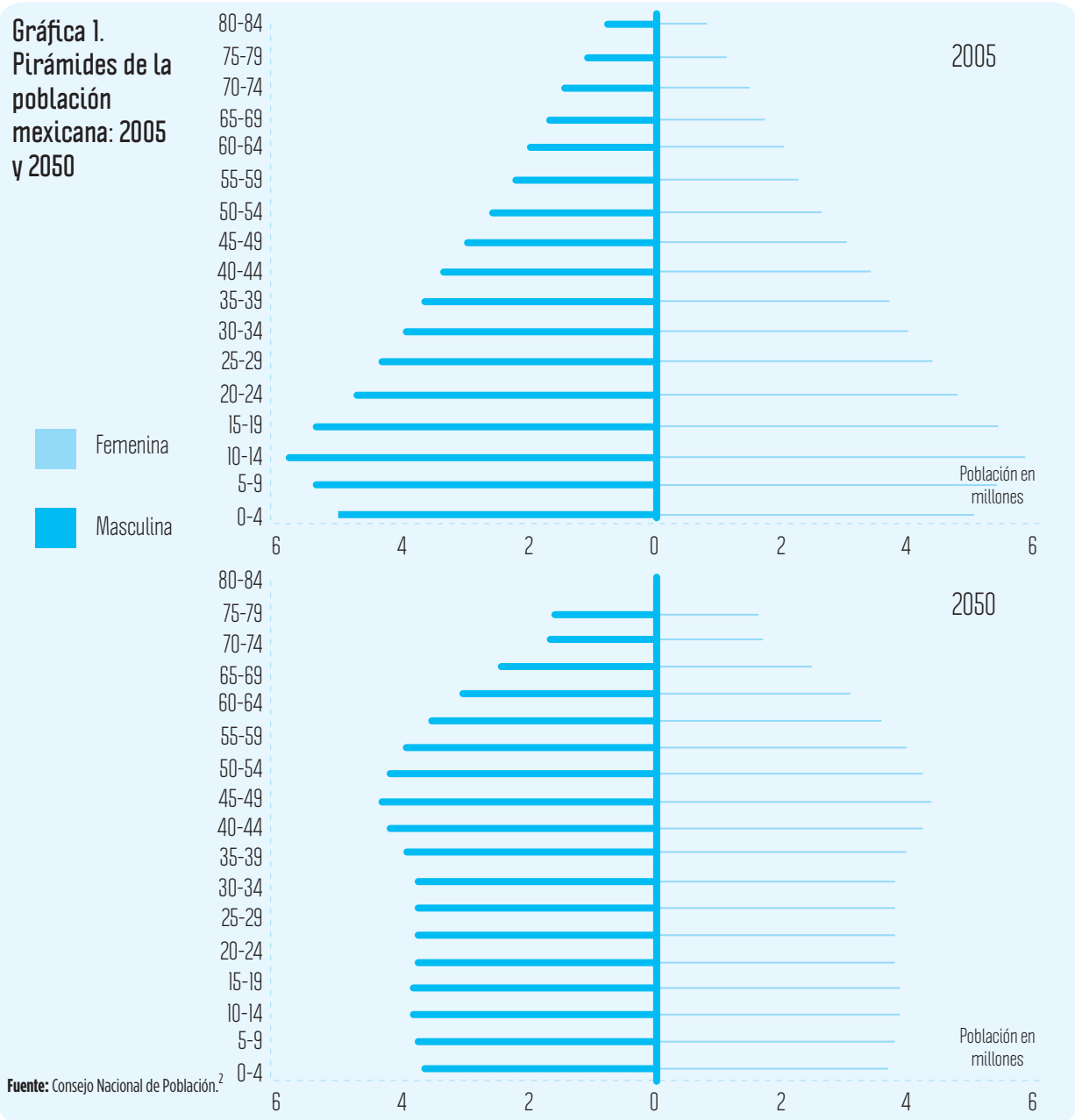
La población mexicana está envejeciendo y la incidencia de enfermedades crónicas está aumentando. La esperanza de vida al nacer de los mexicanos aumentó de 36 a 74 años entre 1950 y 2000 y se prevé que siga aumentando; se presume que para el año 2050 será de 80 años. Al mismo tiempo, México ha experimentado una disminución constante de la fertilidad, al pasar de un promedio de 7 hijos por mujer en 1960 a 2.4 en 2000. Las tasas de natalidad se redujeron de 46 nacimientos por cada mil habitantes en el año 1960 a 21 nacimientos por cada mil habitantes en el año 2000.¹ Los efectos que han provocado las reducidas tasas de natalidad y una mayor esperanza de vida sobre la composición de la población mexicana se ilustran en la Figura 1; las pirámides de población revelan una transformación paulatina a partir de la gráfica triangular del año 2005, que se caracteriza por el paso de una gran población joven a una mucho más rectangular para el año 2050, lo que implica una mayor población de adultos mayores.²

En 2008, México ocupó el decimoquinto lugar con al menos 6.7 millones de personas de 65 años de

* Doctora en Economía. Directora del Centro para Política Social en América Latina de la Corporación RAND.

** Doctoras en Ciencias. Investigadoras de la Corporación RAND.

Envejecer en México: condiciones de vida y salud



edad en adelante.³ La población de adultos mayores en México se está multiplicando rápidamente, con un aumento previsto de 232% para el año 2040, además de vislumbrarse un aumento mayor al de otros diez países de América Latina, incluidos Brasil, Guatemala y Perú. Se prevé que Estados Unidos experimente un aumento de 107% en el mismo período.⁴

Se registran cambios en los patrones de enfermedades que están relacionados con el aumento en el número de adultos mayores en México. Debido a que se ha

prolongado la vida de las personas, las enfermedades crónicas y degenerativas, además de la discapacidad, son mucho más frecuentes que en décadas anteriores.¹ En 1990, las enfermedades no transmisibles provocaron 57.8% de los fallecimientos; cifra que aumentó a 73.8% en 2004.⁵ Estas transiciones demográficas y epidemiológicas plantean interrogantes sobre la sostenibilidad de los sistemas actuales para ofrecer seguridad económica y atención médica a los adultos mayores del país.

Los adultos mayores en México son vulnerables a la pobreza. En el año 2000, aproximadamente el 20% de la población vivía en la pobreza y esta cifra aumentó a casi el 30% entre las personas de 65 años de edad en adelante.⁶ Los adultos mayores que viven en las zonas rurales son especialmente vulnerables, ya que suelen carecer de los ingresos laborales⁷ y la cobertura del sistema de seguridad social⁸ de los que gozan los adultos mayores que viven en la ciudad. El género también desempeña un papel importante en esta población: los hombres afrontan un mayor riesgo de pobreza que las mujeres, posiblemente por la mayor probabilidad de que éstas reciban apoyo familiar en la vejez.⁹

Los sistemas de pensiones y salud

Las pensiones y la cobertura de los servicios de salud dependen del tipo de trabajo realizado anteriormente. En México, los sistemas actuales de pensiones y de salud están estructurados de tal manera que incluyen diferencias en la cobertura. Los trabajadores afiliados al sistema de seguridad social hacen aportaciones para la pensión y la atención médica que reciben de su respectiva institución de seguridad social. Sin embargo, las tasas de cobertura de a seguridad social son bajas en comparación con muchos otros países de América Latina.¹⁰ En México, las aportaciones al sistema de seguridad social no son obligatorias para los trabajadores por cuenta propia. En consecuencia, los no asegurados se encuentran en el sector informal de la economía, el cual se compone de trabajadores por cuenta propia o trabajadores que no hacen aportaciones al sistema de seguridad social.

Menos de la mitad de los adultos mayores en México recibe la cobertura del sistema de seguridad social que ofrece pensiones y atención médica a quienes trabajaron previamente durante un período suficiente para tal efecto, en los sectores público o privado dentro del empleo formal. Los trabajadores del sector privado formal están cubiertos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Un subconjunto del sector formal se compone de los empleados públicos, que están asegurados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En 2009, el ISSSTE atendió al 6% de la población mexicana asegurada y el IMSS atendió aproximadamente al 40%.¹¹ Los recursos del IMSS, el ISSSTE y otras instituciones estatales de seguridad social provienen de fondos aportados por el gobierno, los trabajadores y los patrones.

Otras instituciones del sistema de seguridad social son: Petróleos Mexicanos (Pemex), empresa pública de extracción y procesamiento de petróleo que ofrece sus propias prestaciones de pensión y atención médica a los trabajadores; el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), que ofrece cobertura a los miembros de esta institución; y varios proveedores estatales.¹² Casi todos los estados cuentan con un programa de seguridad social para sus servidores públicos.

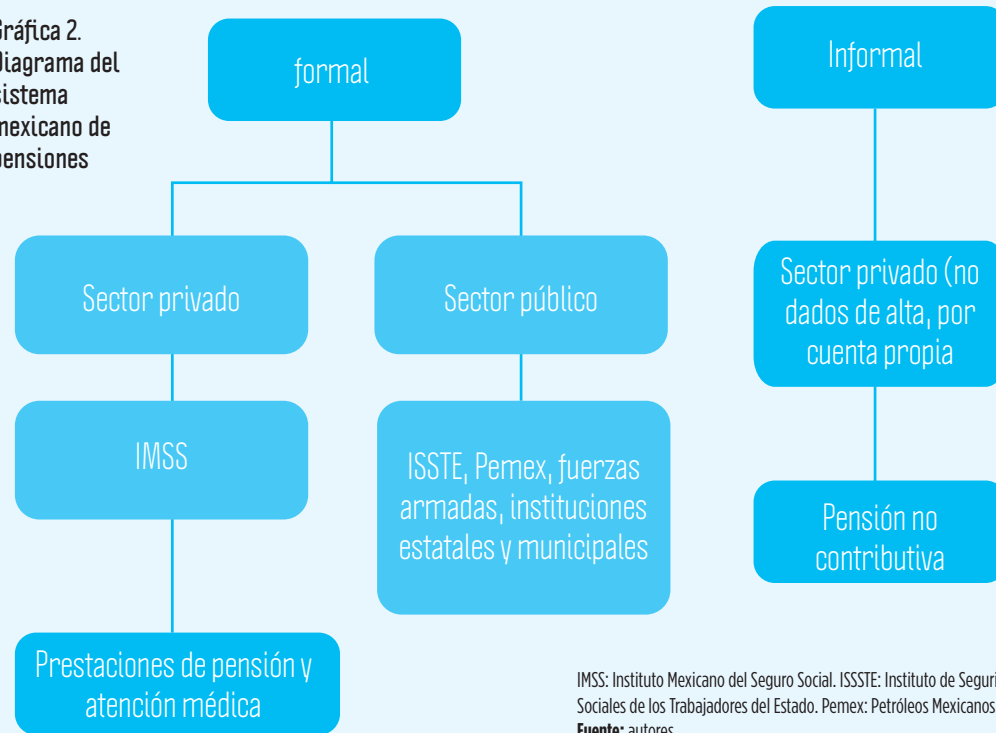
La Figura 2 muestra la organización del sistema mexicano de pensiones; la seguridad social (pensión y atención médica) prestada por las instituciones ya descritas corresponde a la parte del sector formal en el diagrama. Todos estos sistemas de seguridad social iniciaron como programas tradicionales del tipo *pay-as-you-go* (sistema de reparto o PAYG), en los que las personas en edad laboral cotizaban para el pago de pensiones de los jubilados. El IMSS y el ISSSTE reformaron, en julio de 1997 y abril de 2007 respectivamente, sus sistemas PAYG y cambiaron a un sistema de cuentas individualizadas de ahorro para el retiro. La edad de jubilación anticipada y normal es de 60 y 65 años, respectivamente, para hombres y mujeres.¹³

En el caso del sector informal, las personas pueden acceder a una pensión no contributiva otorgada por el gobierno, que no incluye la cobertura de atención médica. Integrantes tanto del sector formal como del informal pueden acceder a las pensiones privadas que pudieran ser patrocinadas por el patrón o cotizadas directamente por ellos. Los programas de pensiones no contributivas y de protección se introdujeron en México en 2001 para el creciente segmento de la población que llega a la edad de jubilación sin cobertura de seguridad social.¹⁴

El sector informal incluye una alta proporción de la fuerza laboral en México. Para el año 2005, el sector informal en el país representaba aproximadamente 58% de la fuerza laboral. Dado que estas personas generalmente no tienen seguridad económica ni cobertura de atención médica en la edad de jubilación, con frecuencia continúan trabajando para su propia manutención y la de sus familias, lo que causa a que el país registre una edad efectiva de jubilación mayor.¹⁰

Muchos adultos mayores en México trabajan después de la edad convencional de jubilación. Entre los países de la OCDE, México se destaca por tener la edad efectiva

Gráfica 2.
Diagrama del sistema mexicano de pensiones



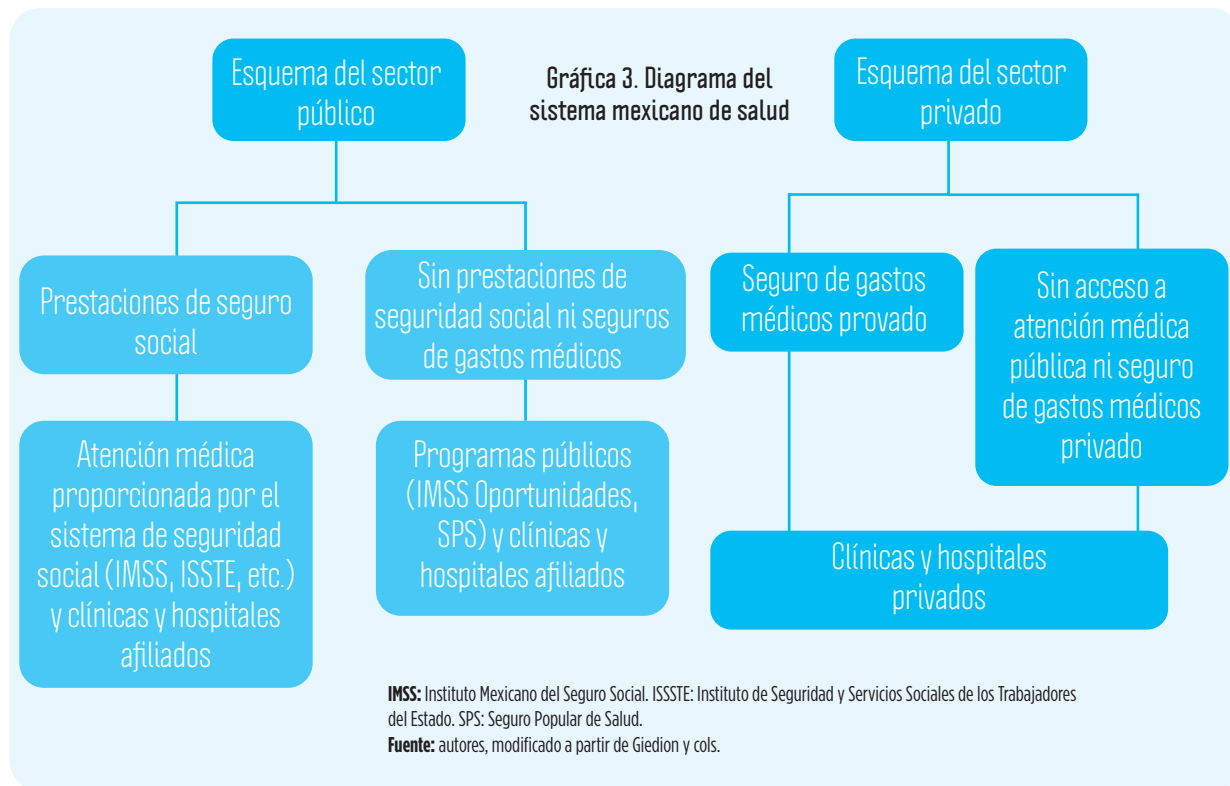
de jubilación más avanzada: 72.2 años en promedio en el caso de los hombres; y 69.5 en el caso de las mujeres. Por su parte, la OCDE reportó para 2010 una edad oficial de jubilación en promedio de 64.4 años para los hombres y 63.1 para las mujeres.¹⁵ Los patrones de jubilación en México revelaron que alrededor de 46% de los hombres y 15% de las mujeres de 65 años de edad en adelante permanecieron en la fuerza laboral en 2006.³

En 2000, uno de cada cuatro hombres en México todavía trabajaba a los 80 años de edad.¹ Las mujeres tienen menos probabilidades de participar en el mercado laboral durante su vida y también de trabajar fuera del hogar en la vejez,¹⁴ no obstante, tienen más probabilidades que los hombres de recibir el apoyo financiero de sus hijos, incluidas las remesas.^{9,16}

La Figura 3 muestra una versión simplificada del sistema mexicano de salud. El sector público comprende las clínicas y hospitales bajo el sistema de seguridad social, el cual está disponible para los derechohabientes de las respectivas instituciones (trabajadores activos, trabajadores por cuenta propia que hacen aportaciones y pensionados). El sector público también incluye los servicios de salud proporcionados por el gobierno a través de programas como IMSS-Oportunidades, Seguro

Popular de Salud (SPS) y Secretaría de Salud (SS), los cuales están disponibles para aquellas personas que no son derechohabientes de un esquema de seguridad social. El sector privado integra el pequeño porcentaje de mexicanos que cuenta con un seguro privado de gastos médicos (sea proporcionado por el patrón o por un plan prepago comprado por el asegurado), que les da acceso a los servicios de clínicas y hospitales privados. Quienes no cuentan con atención médica proporcionada por el sector público, ni con un seguro privado de gastos médicos, también pueden recibir atención médica en clínicas y hospitales privados, pero pagando los gastos de su bolsillo.

En 2009, aproximadamente el 46% de la población estaba cubierta por algún programa de seguridad social en materia de salud, entre el 1.5 y el 3% contaba con seguro privado de gastos médicos y aproximadamente el 26% era derechohabiente del SPS, lo cual significa que el 27% de los mexicanos no tenía cobertura ni seguro de atención médica.^{11,17} La cantidad de adultos mayores no asegurados difiere entre las zonas urbanas y las rurales. Wong y Díaz encuentran que, en términos de cobertura de atención médica, el 38% de los adultos mayores de las zonas rurales (50 años de edad en adelante) tienen



cobertura de seguro médico, mientras que esta cifra es de 73% en las zonas urbanas.¹⁸⁻¹⁹

La seguridad económica y la salud en la vejez

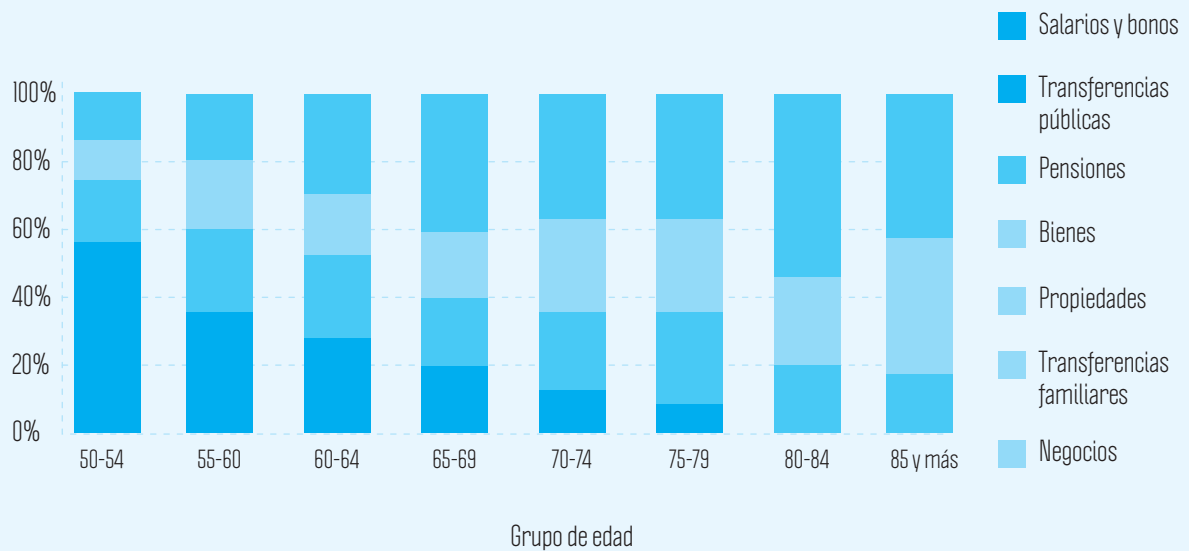
Las fuentes informales de ingresos son importantes para los adultos mayores mexicanos.²⁰ Figura 4 muestra las fuentes de ingresos de los adultos mayores. Las transferencias de familiares y las pensiones (públicas y privadas) adquieren mayor relevancia a medida que las personas envejecen. A partir de los 70 años de edad, las transferencias de familiares, incluidas las remesas, son el componente más importante del ingreso. Las transferencias públicas, como las pensiones no contributivas, tienen un papel menor y llegan a ser importantes en las edades más avanzadas. Después de los 85 años, los salarios e ingresos por negocios todavía representan más del 10% del ingreso. En general, los datos nos permiten advertir un panorama dominante en el que las pensiones tengan una importancia modesta; a diferencia de los mecanismos informales —las transferencias de familiares o el trabajo a edades más altas—, que procuran la mayor parte del ingreso de los adultos mayores.

Las remesas provenientes de los hijos que trabajan en el extranjero constituyen para muchos una fuente importante de ingresos. Las transferencias de familiares, sobre todo las remesas provenientes de los hijos que trabajan en Estados Unidos, desempeñan un papel crucial en la manutención de los adultos mayores de México. Según el Enasem, entre los adultos mayores que reciben ayuda de sus hijos, el 16.2% la recibe en remesas. La Figura 5 ilustra las diferencias sustanciales respecto a la composición del ingreso entre quienes reciben remesas y quienes no. Las remesas representan casi 60% del ingreso bruto para sus receptores. Para quienes no reciben remesas, la ayuda de sus hijos contribuye con cerca del 17% del ingreso total. Los salarios constituyen una proporción mayor del ingreso bruto total anual de las personas que no reciben remesas (33%) respecto al de quienes sí las reciben (14%). Aunque los ingresos por negocios y pensiones siguen siendo fuentes de ingresos importantes para ambos grupos, para quienes no reciben remesas representan el 39% del ingreso total, comparado con el 23% de quienes sí las reciben.

La salud de las personas de la tercera edad depende de muchos factores. El bienestar físico de una persona se relaciona con su nivel socioeconómico, sexo, estado civil

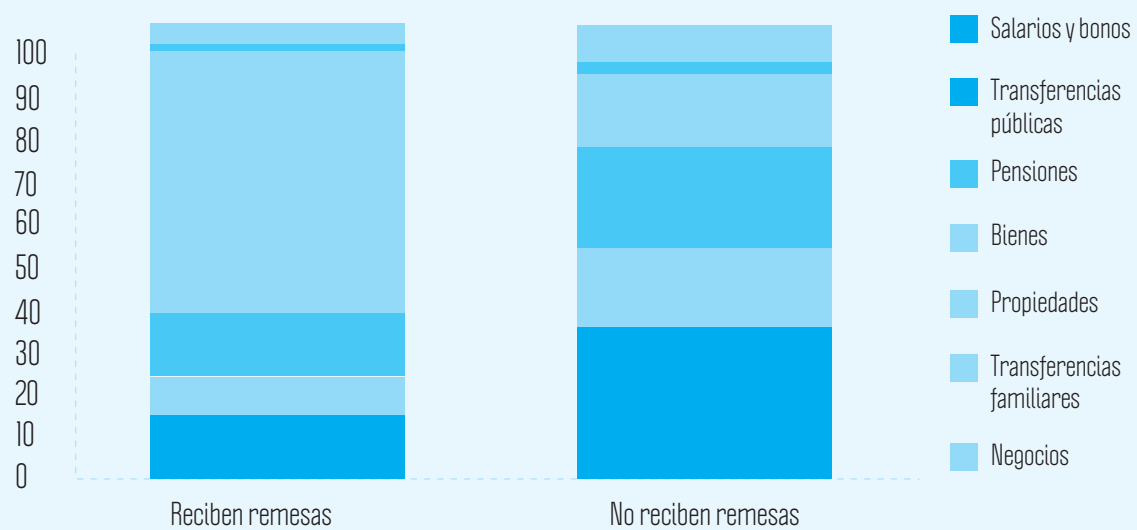
Envejecer en México: condiciones de vida y salud

Gráfica 4. Fuentes de ingresos por rango de edad, 2001



Fuente: análisis del Enasem 2001 realizado por los autores.²¹

Gráfica 5. Composición del ingreso bruto de las personas que reciben remesas y de las que no reciben remesas, 2001



Fuente: análisis del Enasem 2001 realizado por los autores.²¹

y empleo. Estos factores también influyen en los tipos de servicios de salud que se buscan y en los disponibles.

La distribución geográfica de la pobreza en México se asocia con indicadores de un estado de salud deficiente.²²⁻²³ Los grupos étnicos que por lo general tienen un nivel socioeconómico bajo, especialmente los indígenas, también enfrentan problemas de salud distintos a los de los grupos con mayor nivel socioeconómico.²⁴

En México, las condiciones económicas de una gran parte de las personas se deterioran considerablemente después de llegar a la edad de jubilación, y continúan empeorando a medida que envejecen.²⁵ Por tanto, los adultos mayores son especialmente vulnerables a los riesgos de salud relacionados con la pobreza y una baja calidad de vida.

Los resultados muestran que 52.3% de los encuestados en la muestra del Enasem tiene acceso a servicios de salud en una institución pública o privada, ya sea por tratarse de personas que están afiliadas a una institución pública (instituciones de seguridad social, el SPS y el programa Oportunidades del IMSS) o porque cuentan con un seguro privado de gastos médicos. El Cuadro 1 presenta información sobre una serie de indicadores de salud según el estatus de los encuestados en relación con los seguros de gastos médicos. Hemos definido que una persona está asegurada si tiene acceso a cualquiera de las instituciones de seguridad social que existen en México (que ofrecen pensión y atención médica). Estas instituciones incluyen el IMSS, ISSSTE, Pemex, ISSFAM y otros proveedores a nivel estatal.²⁶ Dado que es más común que los asegurados sean personas que cuenten con un empleo formal y mayores ingresos, en el caso de México, este indicador es una medida tanto del acceso a los servicios de salud como del nivel socioeconómico. En general, descubrimos que los asegurados están en mejores condiciones de salud que los no asegurados. Tienen mayores probabilidades de calificar su salud como excelente, muy buena o buena (43.8% de los asegurados contra 32.8% de los no asegurados) y son menos propensos a sufrir embolias cerebrales, artritis y limitaciones de las actividades de la vida diaria (AVD). Los asegurados tienen más probabilidades de que se les diagnostique diabetes; el 17.8% de los asegurados reportó esta condición de salud frente al 13% de los no asegurados.²⁷ Estos últimos tienen mayores probabilidades de ser fumadores y bebedores frecuentes que los asegurados.

Los asegurados tienen mayores probabilidades de ser obesos. En las zonas urbanas de México, los asegurados y las personas que tienen un nivel socioeconómico alto podrían estar enfrentándose al mismo reto que muchos residentes de países más desarrollados, en lo que respecta a los problemas de salud derivados del sobrepeso o la obesidad. 36.1% de los asegurados y 37.3% de los no asegurados.

Los migrantes de largo plazo que regresan a México (los que permanecieron en Estados Unidos por más de un año y volvieron a México) registran una media y una mediana de ingresos familiares y de patrimonio neto más altas que los migrantes de corto plazo (los que permanecieron en Estados Unidos menos de un año y volvieron a México) y los no migrantes. El Cuadro 2 muestra que la media y la mediana de los ingresos familiares y el patrimonio neto de los migrantes de largo plazo que regresan a México son las más elevadas, comparado con los migrantes de corto plazo que regresan al país y los no migrantes, quienes tienen ingresos y patrimonio neto similares.²⁸ Los migrantes de corto plazo que regresan a México tienen el mayor índice de cobertura de servicios de salud en instituciones de seguridad social (52.6%), aunque los no migrantes tienen una tasa de cobertura similar (49.3%). Como es de esperarse, es más frecuente que los migrantes de largo plazo (quienes vivieron en Estados Unidos más de un año) tengan un seguro privado en relación con los demás grupos (12.7%) y menos probable que sean derechohabientes de instituciones de seguridad social (40.1%), mientras que muchos de ellos no cuentan con ningún tipo de seguro (47.2%). Entre los hombres, una gran proporción de los no migrantes ha hecho aportaciones al IMSS, comparados con quienes tienen un historial de migración: 36% de los migrantes de corto plazo; 33% de los migrantes de largo plazo; y 48% de los no migrantes.

Como también lo han observado Pagán y cols.,²⁹ el hecho de haberse ausentado del mercado laboral mexicano reduce las probabilidades de que los migrantes que regresan al país hayan hecho aportaciones al sistema. Esto también sugiere que tienen menos probabilidades de estar cubiertos por un seguro de atención médica de las instituciones de seguridad social. Asimismo, es probable que los migrantes que regresan al país estén menos informados acerca de los sistemas de seguridad social y de salud de México, en general. Además de ser menos probable que hayan hecho aportaciones al sistema

Cuadro 1. Autoevaluación del estado de salud, Actividades de la Vida Diaria e incidencia de padecimientos de salud, obesidad, tabaquismo y alcoholismo según el estatus de los encuestados en relación con los seguros de gastos médicos. México, 2001

| | No asegurados | Asegurados | Diferencia entre asegurados y no asegurados |
|--|---------------|------------|---|
| Autoevaluación del estado de salud (%) | | | |
| Excelente/muy bueno/bueno | 32.8 | 43.8 | 11.0*** |
| Regular o malo | 67.2 | 56.2 | -11.0*** |
| Padecimientos de salud (%) | | | |
| Ninguno | 46.8 | 45.0 | 1.8*** |
| 1 | 31.5 | 34.2 | -2.7*** |
| 2 o más | 21.7 | 20.8 | 0.9*** |
| Diabetes (%) | 13.0 | 17.8 | -4.8*** |
| Hipertensión (%) | 37.3 | 36.1 | 1.2*** |
| Enfermedades pulmonares (%) | 6.3 | 6.2 | 0.1*** |
| Embolia cerebral (%) | 3.0 | 2.2 | 0.8*** |
| Artritis (%) | 23.1 | 17.2 | 5.9*** |
| Actividades de la vida diaria (%) | | | |
| No presenta dificultades | 90.6 | 95.1 | -4.5*** |
| Tiene dificultades con al menos una actividad | 9.4 | 4.9 | 4.5*** |
| Obesidad (%) | 12.5 | 20.0 | -7.6*** |
| Tabaquismo (%) | 42.1 | 40.6 | 1.6*** |
| Ingesta de alcohol considerable o compulsiva (%) | 20.6 | 18.1 | 2.4*** |
| Número de observaciones | 4,368 | 3,929 | 439 |

* p <0.1; ** p <0.05; *** p <0.01.

Fuente: análisis del Enasem 2001 realizado por los autores.²¹

del Seguro Social, los migrantes que retornan tienen mayores probabilidades de tener una trayectoria laboral trunca entre Estados Unidos y México, ya que la falta de un acuerdo de seguridad social que permita hacer aportaciones transferibles entre los sistemas de seguridad social de ambos países disminuye la probabilidad de que los migrantes que regresan a México gocen de las prestaciones del sistema de seguridad social en el país.³⁰

Otra diferencia en la cobertura de los seguros de gastos médicos es la que se da entre hombres y mujeres. A diferencia de los hombres, las mujeres

no migrantes tienen menos probabilidades de haber hecho aportaciones a una institución de seguridad social (11.9% cotizó en el IMSS) que aquellas que tienen un historial migratorio de corto o largo plazo (31.2 y 32.4%, respectivamente). Es posible que las mujeres que deciden emigrar formen parte de un grupo de mujeres que también participarían en la fuerza laboral estando en México y que, por consiguiente, tengan mayores probabilidades de poder hacer aportaciones al sistema de seguridad social. Por otro lado, las mujeres que no emigran también podrían tener menos probabilidades

Cuadro 2. El ingreso, la riqueza y los seguros de gastos médicos. México, 2001

| Variable | Personas con un historial de emigración hacia Estados Unidos | | No migrantes |
|--|--|--|--------------|
| | Migrantes de corto plazo que regresan (≤ 1 año en EU) | Migrantes de largo plazo que regresan (> 1 año en EU) | |
| Media del ingreso mensual (USD a la PPA de 2005)* | \$12 | \$148 | \$98 |
| Desviación estándar | (921) | (1,103) | (1,023) |
| Mediana del ingreso mensual (USD a la PPA de 2005) | \$28 | \$40 | \$26 |
| Media del patrimonio neto (USD a la PPA de 2005) | \$5,997 | \$7,385 | \$4,518 |
| Desviación estándar | (16,781) | (16,307) | (8,723) |
| Mediana del patrimonio neto | \$2,673 | \$3,439 | \$2,311 |
| Seguro de gastos médicos (%) | | | |
| Seguro público | 52.6 | 40.1 | 49.3 |
| Seguro privado | 1.1 | 12.7 | 4.7 |
| Ninguno | 46.4 | 47.2 | 46.1 |
| Ha hecho aportaciones a una institución de seguridad social de México | | | |
| Hombres (%) | | | |
| IMSS | 36.4 | 33.1 | 47.8 |
| ISSSTE | 5.6 | 2.9 | 5.7 |
| Otro | 2.1 | 0.8 | 1.1 |
| Ninguno | 55.9 | 63.2 | 55.4 |
| Mujeres (%) | | | |
| IMSS | 31.2 | 32.4 | 11.9 |
| ISSSTE | 2.1 | 1.8 | 3.4 |
| Otro | 1.4 | 1.4 | 0.3 |
| Ninguno | 65.4 | 64.4 | 84.3 |
| Número de observaciones | 507 | 705 | 10,694 |

* Todas las medidas del ingreso y del patrimonio neto se refieren al encuestado principal y su cónyuge (según corresponda).

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social. ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. PPA: Paridad del poder adquisitivo. USD: dólares estadounidenses (United States dollars).

Fuente: análisis del Enasem 2001 realizado por los autores.²¹

de entrar al mercado laboral formal, lo que explica la menor proporción de este grupo de mujeres que han cotizado en el seguro social.¹⁴

Los gastos en salud varían según la edad. Los gastos médicos comprenden principalmente las visitas al médico y los procedimientos ambulatorios, en especial cuando las personas se acercan a la tercera edad. Los que están en el extremo inferior de la distribución del ingreso generalmente gastan menos en servicios comparados con los más ricos, aunque dichos gastos no muestran un gradiente claro con el ingreso. La condición de derechohabiente del sistema de seguridad social se relaciona con una reducción al año de los gastos de bolsillo de 860 pesos en promedio (121 dólares estadounidenses, o USD, a la paridad del poder adquisitivo o PPA de 2005), debido al acceso a los servicios de salud de dicho sistema.³¹ Algunos de estos gastos de bolsillo se pagan justamente con las transferencias de familiares y las remesas.¹⁴

Conclusiones y recomendaciones

Comenzamos nuestro análisis del envejecimiento y la seguridad económica en México al advertir que la población de adultos mayores en México está creciendo a un ritmo acelerado y que dicha población es especialmente vulnerable a la pobreza. Los ciudadanos mexicanos de hoy están viviendo más tiempo y en general han experimentado una mejoría en su calidad de vida, comparados con las generaciones anteriores. Nuestro estudio muestra que las mejoras sociales no inciden en la vida cotidiana de las personas por igual, sin embargo, en nuestro análisis hemos procurado descubrir y resaltar esas diferencias.

Los hallazgos de este estudio sugieren que los factores de género, ubicación geográfica y nivel educativo influyen de manera significativa en la seguridad económica de los adultos mayores. También advertimos que los numerosos trabajadores del sector informal del país son más susceptibles a la pobreza cuando llegan a una edad avanzada, probablemente debido a que no están cubiertos por ningún programa de seguridad social. Las pensiones constituyen una aportación relativamente modesta a los ingresos de los adultos mayores en México; las transferencias, especialmente en forma de remesas recibidas de hijos adultos que trabajan en Estados Unidos, representan una aportación importante.

Según la evidencia presentada anteriormente, los adultos mayores dependen en gran medida de las transferencias (tanto en dinero como en especie) que reciben de sus hijos. La impresión general del estado de los adultos mayores en México es la de una heterogeneidad sustancial, tanto en términos de los niveles como de las fuentes de ingresos que registran en la vejez. Asimismo, observamos disparidades considerables en la salud y el uso de los servicios de salud y atención médica entre los distintos grupos socioeconómicos.

Estas observaciones sugieren varias direcciones a explorar en términos de políticas.

Ampliar la red de protección de los adultos mayores

Las políticas diseñadas para aliviar la pobreza en los adultos mayores consisten principalmente en las siguientes intervenciones: programas de transferencias de efectivo no condicionadas y condicionadas, transferencias en especie –por ejemplo, canastas de alimentos y comidas gratuitas– y acceso a los servicios de salud y atención médica.

La evidencia de estudios anteriores sugiere que las transferencias en especie han tenido poco o ningún impacto en el bienestar de los adultos.³² Los estudios que analizan el impacto de los programas que brindan acceso a los servicios de salud a los adultos mayores no arrojan pruebas concluyentes. En algunos casos existen impactos positivos, como la reducción de las probabilidades de enfermarse, pero, en otros casos, no hay ningún impacto, ya que las personas que se encuentran en situación de pobreza por lo general tienen menos acceso a servicios de salud e infraestructura de alta calidad.³⁵

Estudios de los casos de Brasil y Sudáfrica muestran que los programas de pensiones no contributivas son eficaces en la reducción de la pobreza y la desigualdad.⁴¹⁻⁴⁵ Un efecto potencialmente negativo de este tipo de programas es la sustitución parcial o total de las transferencias de familiares o el ahorro por el gasto público (un efecto de *crowding-out* o desplazamiento). En Sudáfrica, Jensen⁴⁶ encuentra pruebas de que por cada unidad monetaria (rand) que se recibe por medio de una pensión no contributiva, existe una reducción de 25 a 30% en las transferencias de familiares hechas a los adultos mayores. Esto implica que las transferencias gubernamentales en efectivo no suplantán por completo

las transferencias de familiares y que el bienestar de los adultos mayores mejora con estos programas. Además, dadas las decrecientes tasas de natalidad, se puede anticipar que el papel que desempeñan las transferencias de familiares disminuirá en el futuro, lo que aumentará la necesidad de otras fuentes de seguridad económica en la vejez.

Para el caso de México, en particular en relación con el programa de pensiones no contributivas del estado de Yucatán, Águila y cols.,⁴⁷ muestran que los adultos mayores de 70 años en adelante que reciben estas pensiones aumentan el número de visitas al médico, compran medicamentos de prescripción, incrementan la cantidad de alimentos disponibles en la casa y dejan de trabajar después de recibir la pensión. El aumento en el uso de los servicios de salud tal vez sugiera una mayor inversión en la medicina preventiva, lo que potencialmente disminuye el gasto en salud. Es posible que estos programas comprendan derramas positivas en otros programas gubernamentales –por ejemplo, que los adultos mayores gasten más en medicina preventiva, quizá reduzca el gasto del gobierno en atención médica–. Además, este tipo de programas podría mejorar el bienestar de otros miembros de la familia, en particular el de los nietos, como una transferencia en efectivo eficaz para aliviar la pobreza familiar.⁴⁸

Los programas de pensiones no contributivas pueden resultar más atractivos que las políticas tradicionales para reducir la pobreza en los adultos mayores, porque muestran efectos consistentemente positivos en el bienestar de los adultos mayores son más fáciles de operar logísticamente que las transferencias en especie o que los programas que garantizan el mismo nivel de calidad en los servicios de salud en todo el país, y dan más libertad a los adultos mayores para escoger lo que más necesitan con su subsidio en efectivo. Una forma de reducir las tasas de pobreza en el corto plazo sería ampliar la cobertura de los programas de pensiones no contributivas para incluir a los adultos mayores de todas las localidades del país.

El Gobierno Federal y muchos de los estados (no todos) han introducido el concepto de pensiones no contributivas, aunque varían en cuanto a cobertura, requisitos de edad, niveles de las prestaciones y otros. A un plazo más largo, con una población cada vez más numerosa de adultos mayores, un sistema universal de pensiones

no contributivas pondría mucha presión sobre los presupuestos tanto federales como estatales. Una posibilidad para que México reduzca las tasas de pobreza en la vejez sería ampliar los programas de pensiones no contributivas existentes en el corto plazo y, al mismo tiempo, promover que los trabajadores activos ahorren dinero para sus pensiones futuras. A un plazo más largo, los programas no contributivos podrían retirarse paulatinamente. El diseño del programa de pensiones no contributivas podría ser el mismo para todos los estados del país, a fin de evitar incentivos por cambio de residencia a entidades con programas más generosos de pensiones.

Es crucial considerar la ampliación de la cobertura de los sistemas actuales de pensiones financiadas para poder disminuir posteriormente el papel del sistema de pensiones no contributivas. Es importante desarrollar medidas para focalizar de manera efectiva los programas a los adultos mayores en situación de pobreza. Los mecanismos tradicionales para focalizar programas sociales a las personas en edad laboral, con un ingreso estable, no podrían aplicarse en el caso de muchos adultos mayores que tienen ingresos esporádicos y que con frecuencia dependen de las transferencias de familiares, como se mostró en los capítulos anteriores.

Fomentar el ahorro para el retiro

Como se comentó previamente, para los trabajadores del sector privado y del sector público, a excepción de los que trabajan por cuenta propia, es obligatorio por ley que sus empleadores los den de alta en las instituciones de seguridad social que brindan las prestaciones de pensión y atención médica. Los sistemas de seguridad social preponderantes en el país son el IMSS para los trabajadores del sector privado y el ISSSTE para los empleados del sector público (servidores públicos). En la actualidad, menos de 50% de la fuerza laboral en México está cubierta por un sistema de seguridad social. Existen dos razones principales de este bajo nivel de cobertura: la ineficacia en la aplicación de la ley y el alto porcentaje de la fuerza laboral que trabaja en el sector informal. Las pensiones privadas y las que proporcionan los patrones juegan un papel menor en el país.

A continuación se presentan algunas opciones para aumentar el nivel del ahorro para el retiro, mediante la

ampliación de la cobertura de los programas de seguridad social y la promoción de otros instrumentos del sector privado que existen para este efecto:

- Aumentar los incentivos para posponer el retiro. Por ejemplo, recompensar a quienes pospongan el retiro hasta después de los 65 años de edad (la edad oficial para jubilarse), con pensiones mensuales superiores en sistemas de prestaciones definidas o una aportación mensual continua del gobierno a las cuentas individualizadas de ahorro para el retiro obligatorias. Existe amplia evidencia de que este tipo de ajuste actuarial incide en la conducta de las personas en relación con su jubilación; por ejemplo: Uccello,⁴⁹ Gustman y Steinmeier,⁵⁰ Gruber y Wise,⁵¹ y Hairault y cols.⁵²
- Hacer obligatorio para los trabajadores por cuenta propia darse de alta en los sistemas públicos de salud y pensiones. Otros países de América Latina (Colombia en particular) han implementado leyes que estipulan como obligatorias las aportaciones de quienes trabajan por su cuenta.⁵³
- Mejorar el nivel de cumplimiento de la obligación de dar de alta a todos los que trabajan en empresas registradas en el sistema de seguridad social. Si también es obligatorio registrarse en el sistema de seguridad social para los trabajadores por cuenta propia, entonces el nivel de cumplimiento debe mejorarse para este segmento de la población.⁵⁸
- Considerar políticas que hagan más atractivo trabajar en el sector formal. Por ejemplo, para los empresarios, el sector público podría proporcionar información sobre cómo registrar una empresa, mejorar la calidad de los servicios jurídicos para las pequeñas empresas a fin de ayudarlas a ampliar su mercado y mejorar la capacitación disponible para las empresas registradas, incluyendo cursos en contabilidad y rastreo de inventario.¹⁰
- Promover y desarrollar alternativas para generar más ahorro para el retiro. El gobierno y los organismos privados podrían promover mecanismos para el ahorro con un tratamiento fiscal preferente.⁶⁰
- Desarrollar nuevos productos de ahorro para el retiro —para los grupos vulnerables— basados en principios tomados de modelos de finanzas y microcrédito. Por ejemplo, se descubrió que enviar mensajes de texto

o cartas a las personas para recordarles que deben ahorrar aumentó los ahorros totales en aproximadamente 6% en Bolivia, Perú y Filipinas.⁶⁵

Mejorar el estado de salud y ampliar la cobertura de los seguros de gastos médicos

Como en otros países, en México la salud y el uso de los servicios de salud y atención médica están fuertemente relacionados con los indicadores del nivel socioeconómico. Tal vez la variable del nivel socioeconómico más viable para predecir el estado de salud es la educación. Evidentemente, invertir en educación trae resultados a largo plazo.

También hay otro punto relacionado con la cobertura del seguro de gastos médicos a través del sistema de seguridad social. Quienes cuentan con un seguro tienen menos gastos de bolsillo, lo que aumenta sus ingresos efectivos disponibles.

A continuación, se presentan algunas alternativas para la elaboración de políticas:

- Aumentar la cobertura de los seguros de gastos médicos para los trabajadores mediante la inscripción y las aportaciones al sistema de seguridad social, de acuerdo con las políticas antes descritas para aumentar la cobertura de los sistemas públicos de pensiones.
- Aumentar el nivel educativo de la población, toda vez que esto tendría una repercusión positiva en el estado de salud (además de muchos otros efectos positivos). Un posible método para aumentar los niveles educativos podría ser ampliar la inscripción de las familias elegibles, particularmente de las zonas urbanas, en el programa Oportunidades. Se ha visto que el programa aumenta la asistencia a la escuela y posiblemente aumenta el rendimiento académico.⁶⁶
- Invertir en la prevención y la detección temprana de enfermedades. A esto podría abonar el incremento de la inscripción de las familias elegibles en el programa Oportunidades, ya que el componente de salud de este programa conlleva exámenes médicos periódicos para los miembros de la familia. Combinar estos exámenes médicos con una mayor cobertura de los servicios de salud podría ayudar a ampliar la detección temprana y la atención.

Integrar al sistema de seguridad social a los migrantes que regresan a México

Hemos visto que los migrantes desempeñan papeles distintos. Sus remesas representan una fuente importante de ingresos para los adultos mayores y con frecuencia son utilizadas para pagar los servicios de salud. Además, los migrantes que regresan a México afrontan retos específicos en materia de salud: son más propensos a padecer artritis y obesidad, y tienen menos probabilidades de estar cubiertos por un sistema de seguridad social (pensión y atención médica).

Varias posibilidades para integrar al sistema mexicano de seguridad social a los migrantes que regresan a México son las siguientes:

- Permitir que los migrantes contribuyan al sistema mexicano de seguridad social mientras están en el extranjero para que estén cubiertos a su regreso.
- Desarrollar un producto de seguro de gastos médicos para los migrantes que regresan, quizá proporcionado a través del IMSS, que tome en cuenta las condiciones preexistentes y esté diseñado para una población de mayor edad. En la actualidad, el IMSS ofrece un programa denominado Seguro de Salud para la Familia para Mexicanos en el Exterior, que permite que los mexicanos que trabajan en Estados Unidos adquieran cobertura del seguro tanto para ellos mismos como para sus familiares en México (incluye a los padres, hijos, hermanos, abuelos y primos). El seguro sólo proporciona servicios en México y está disponible por una cuota fija anual que varía según la edad del asegurado, sin embargo, este programa no toma en cuenta las condiciones preexistentes.⁶⁷ Para los migrantes que tendrían derecho a *Medicare* si se quedaran en Estados Unidos, la transferibilidad de las prestaciones daría cobertura en México.

Fortalecer los conocimientos para y sobre la vejez

Muchos mexicanos no saben cómo planear para el retiro ni cómo organizar sus finanzas para tal fin. Es importante mejorar los conocimientos básicos de finanzas sobre el ahorro para el retiro.⁶⁸⁻⁷¹ Determinar cuánto dinero es necesario ahorrar hoy para lograr el nivel económico capaz de mantener el nivel de consumo

durante los años en que ya no se percibirá un sueldo, es un paso hacia el logro de la seguridad económica en la vejez.

Por ejemplo, con base en la evidencia de un experimento realizado en México, Hastings y Tejeda Ashton⁷² muestran que presentar la información sobre las cuotas cobradas por las administradoras de fondos para el retiro (Afores) en pesos en lugar de tasas porcentuales anuales, parece resultar más ilustrativo y claro para las personas. Más información quizá ayude a aumentar la competencia entre las Afores ya que los empleados podrían cambiar de Afore; en consecuencia, es posible que una mayor competencia reduzca las cuotas. Mastrobuni⁷³ descubre que estandarizar los estados de cuenta en todos los tipos de fondos para el retiro, así como proporcionar información personalizada sobre las prestaciones de jubilación acumuladas a la fecha de quienes aún no se han jubilado, son medidas que en Estados Unidos han aumentado los conocimientos sobre el sistema de seguridad social.

Establecer un plan nacional de seguridad social

Crear un organismo nacional, como la Secretaría del Trabajo y Pensiones del Reino Unido (DWP, por sus siglas en inglés), para vigilar el sistema de seguridad social en México, podría mejorar la eficacia de las políticas al respecto. Las organizaciones actualmente encargadas de formular las políticas en México se encuentran dispersas en niveles municipales, estatales y nacionales de gobierno, son implementadas por distintas dependencias y no existe ningún órgano central que coordine sus análisis y lineamientos de política.

Este organismo coordinaría los programas dirigidos a los adultos mayores que actualmente son operados por distintos departamentos, al igual que estudiaría y planearía las reformas de las políticas orientadas al bienestar de este segmento de la población. Adoptaría, asimismo, un enfoque de ciclo de vida a fin de cubrir el historial de trabajo de cada persona desde que ingresa al mercado laboral hasta que se jubila. Ayudaría a monitorear y mejorar la política en materia de trabajo y pensiones en México. Este organismo podría también promover el análisis riguroso y la creación de base de datos para analizar el mercado

laboral y el bienestar en el retiro vinculados con registros administrativos disponibles para llevar a cabo estudios en el tema. La Secretaría del Trabajo y Pensiones del Reino Unido ha producido varios ejemplos de documentos de políticas que resaltan la importancia de vigilar las distintas dimensiones del sistema de seguridad social.⁷⁴

Comentarios finales

El presente artículo describe la situación de los adultos mayores en México, al tiempo que explora la transición demográfica, la pobreza en la vejez, los sistemas mexicanos de pensiones y de salud, la seguridad económica de los adultos mayores, el estado de salud y el gasto en salud. Una de las metas de la sección final ha sido esbozar algunas sugerencias de políticas públicas y futuras áreas de investigación.

La transición demográfica en México, aunada a la falta de fuentes formales de ingresos durante la edad de jubilación, pone a muchos adultos mayores en riesgo de inseguridad económica. La información contenida en el presente artículo, y las recomendaciones planteadas en materia de políticas públicas para llevar a cabo un análisis más a fondo, tienen por objeto mejorar las condiciones de vida de los mexicanos de la tercera edad y ampliar su gama de opciones para el futuro.

Agradecemos a María Fernanda Alva, Luisa Blanco, Gabriela Castro, Michelle Dávalos, Vicente Fox, Jessica Frank, Kate Giglio, David Loughran, Homero Martínez, Norely Martínez, Lisa Miyashiro, Isela Rodríguez, Marta Sahagún de Fox, Caroline Tassot, Yvonne Torres, Tina Jo Valentin y a los revisores anónimos por su apoyo y sus valiosas sugerencias. Le agradecemos a la AARP, al Centro Fox y a RAND Corporation por proveer los fondos para llevar a cabo este estudio. Este artículo forma parte del proyecto de investigación Águila, E., Díaz, C., Manqing Fu, M., Kapteyn, A. y Pierson, A., *Living Longer in Mexico: Income Security and Health* (Spanish-language version). Santa Monica, Ca., RAND Corporation, 2011. Disponible en: <http://www.rand.org/pubs/monographs/MG1179z2>.

Referencias

1. Zúñiga, E. y Vega, D., Consejo Nacional de Población. Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI, Corporación de Servicios Gráficos Rojo, 2004.
2. Consejo Nacional de Población, Proyecciones de la población de México de las entidades federativas, de los municipios y de las localidades (2005-2050), Conapo, 2008. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=234Population%20projections.
3. Kinsella, K. y He, W., *An Aging World*, 2008, U.S. Census Bureau: International Population Reports, P95/09-1, Washington, D. C., U. S. Government Printing Office, 2009.
4. International Data Base, U. S. Census Bureau, Washington, D. C., 2011.
5. Pan American Health Organization. *Health in the Americas 2007*, Washington, D. C., PAHO, 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/homeing.html>.
6. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Society at a Glance*, OECD Social Indicators, 2005.
7. Parker, S. y Wong, R., *Welfare of Male and Female Elderly in Mexico: A Comparison*, en Katz, E. y Correia, M. (eds.), *The Economics of Gender in Mexico: Work, Family, State, and Market*, Washington, D. C., The World Bank, 2001.
8. Amuedo-Dorantes, C. y Pozo, S., *Migration, Remittances, and Male and Female Employment Patterns*, *The American Economic Review*, 2006, 96 (2): 222-226.
9. Varley, A. y Blasco, M., *Intact or in tatters? Family care of older women and men in urban Mexico*. *Gender & Development*, 2000, 8 (2): 47-55.
10. Perry, G.; Maloney, W.; Arias, O.; Fajnzylber, P.; Mason, A. y Saavedra-Chanduvi, J., *Informality, Exit and Exclusion* Washington, D. C., The World Bank, 2007.
11. Giedion, U.; Villar, M. y Ávila, A., *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*, 2010. Disponible en: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>.

12. Dávila, E. y Guijarro, M., Evolución, y reforma del sistema de salud en México 2000, Economic Development Series, núm. 91. Disponible en: <http://www.eclac.org/id.asp?id=4516>.
13. Águila, E., Personal Retirement Accounts and Saving, *American Economic Journal, Economic Policy*, 2011, 3 (4): 1-24.
14. Águila, E.; Díaz, C.; Fu, M. M.; Kapteyn, A. y Pierson, A., *Living Longer in Mexico: Income Security and Health (Spanish-language version)*, Santa Monica, Ca., RAND Corporation, 2011. Disponible en: <http://www.rand.org/pubs/mo-nographs/MG1179z2>.
15. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Pensions at a Glance 2011, Retirement-Income Systems in oecd and G20 Countries*, 2011.
16. Gomes, C., *Intergenerational Exchanges in Mexico*, *Current Sociology*, 2007, 55 (4): 545-560.
17. Los seguros privados están disponibles en México a través de varias compañías de seguros y los planes de prepago generalmente son cubiertos por el asegurado; los planes privados proporcionados por el patrón no son comunes en México. Las personas de ingresos más altos pueden acceder a seguros de gastos médicos privados mediante la compra de un plan prepago.¹¹
18. La cobertura de los seguros de gastos médicos según referida por Wong y Díaz¹⁹ no es igual a la cobertura del sistema de seguridad social, ya que incluye tanto el seguro público de gastos médicos (análogo a la cobertura del sistema de seguridad social) como el seguro privado de gastos médicos.
19. Wong, R. y Díaz, J. J., *Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities*, *Salud Pública Méx.*, 2007, 49 (4).
20. El análisis en esta sección se llevó a cabo con información del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem).²¹ El Enasem es una encuesta longitudinal representativa a nivel nacional de mexicanos nacidos antes de 1951 y comprende dos encuestas de datos recopilados en 2001 y 2003. En el presente estudio se utilizaron los datos de 2001. Ésta es la base de datos más completa con información de ingresos, riqueza y salud en México para personas de 50 años y más.
21. Mexican Health and Aging Study (MHAS)/Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (Enasem). Disponible en: <http://www.mhas.pop.upenn.edu>.
22. Eibenschutz, C.; Támez, S. y Camacho, I., *Desigualdad y políticas sociales erróneas producen inequidad en México*, *Revista de Salud Pública*, 2008, 10: 119-132.
23. Zurita, B.; Lozano, R.; Ramírez, T. y Torres, J. L., *Desigualdad e inequidad en salud. Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*, México, Fundación Mexicana para la Salud, 2003.
24. Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2011: Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, Secretaría de Salud, 2007.
25. Wong, R. y Espinoza, M., *Imputation of Non-Response on Economic Variables in the Mexican Health and Aging Study (MHAS/Enasem) 2001-2004*. Disponible en: <http://www.mhas.pop.upenn.edu/english/documents/Imputation/Imputation-2001-v21.pdf>.
26. Los proveedores de servicios de seguridad social a nivel estatal (gobiernos estatales y dependencias conexas) que ofrecen pensiones a sus empleados normalmente otorgan seguros de atención médica a través del IMSS. Las prestaciones de seguridad social no son transferibles entre instituciones; por ejemplo, si alguien es derechohabiente del IMSS sólo puede recibir atención médica en los centros de salud afiliados al IMSS.
27. Los asegurados tienen más acceso a los servicios de salud y, por lo tanto, podría ser más probable que se les diagnostiquen padecimientos crónicos (como la diabetes) cuando dichos padecimientos todavía no presentan síntomas.
28. El ingreso familiar total incluye los ingresos laborales, las utilidades comerciales, los ingresos por propiedades menos los gastos, los ingresos por capital, los ingresos por pensiones, las transferencias familiares y las transferencias de programas de gobierno o de personas que no son familiares. El patrimonio neto incluye las deudas netas, el valor de los inmuebles, el valor de los negocios, los bienes de capital y los vehículos, así como otros bienes, por ejemplo, el saldo de las cuentas de ahorros y de cheques.

29. Pagán, J. A.; Ross, S.; Yau, J. y Polsky, D., Self-medication and health insurance coverage in Mexico, *Health Policy*, 2006, 75 (2): 170-177.
30. Águila, E. y Zissimopoulos, J., Going Home: The Retirement of Mexicans Returning from the U.S. RAND Working Paper WR726, Santa Monica, Ca., RAND Corporation, 2011.
31. El tipo de cambio de la PPA de pesos mexicanos a dólares estadounidenses en el año 2005 fue de 7.126862 (con estadísticas de la OCDE).
32. Ver, por ejemplo, Lee y Frongillo,³³ que analizan el caso de Estados Unidos, y Levy y Ohls,³⁴ que examinan el caso de Jamaica.
33. Lee, J. S. y Frongillo, E. A., Understanding Needs Is Important for Assessing the Impact of Food Assistance Program Participation on Nutritional and Health Status in U.S. Elderly Persons, *The Journal of Nutrition*, 2001, 131 (3): 765-773.
34. Levy, D. y Ohls, J., Evaluation of Jamaica's PATH Program: Final Report. Washington, D. C., Mathematica Policy Research, 2007.
35. Ver, por ejemplo, Ayala³⁶ para el caso de Jamaica, McIntyre y cols.,³⁷ para países en África; Damme y cols.,³⁸ para Camboya, Gwatkin³⁹ para un análisis de todo el mundo y King y cols.,⁴⁰ para el caso de México.
36. Ayala, F. V., Policy Case Study: Cash Transfers-Lessons Learnt from the Design and Implementation of a Conditional Cash Transfer Programme, Jamaican Case, Programme for Advancement through Health and Education, 2005.
37. McIntyre, D.; Gilson, L. y Mutyambizi, V., Promoting Equitable Health Care Financing in the African Context: Current Challenges and Future Prospects, Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), 2005.
38. Damme, W. V.; Leemput, L. V.; Por, I.; Hardeman, W. y Meessen, B., Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia, *Tropical Medicine & International Health*, 2004, 9 (2): 273-280.
39. Gwatkin, D. R., Are Free Government Health Services the Best Way to Reach the Poor?, Washington, D. C., The World Bank, 2004.
40. King, G.; Gakidou, E.; Imai, K.; Lakin, J.; Moore, R. T.; Nall, C., *et al.*, Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme, *Lancet*, 1999, 373 (9673): 1447-1454.
41. Ardington, E. y Lund, F., Pensions and development: Social security as complementary to programmes of reconstruction and development, *Development Southern Africa*, 1995, 12 (4): 557-577.
42. Case, A. y Deaton, A., Large Cash Transfers to the Elderly in South Africa, *The Economic Journal*, 1998; 108 (450): 1330-1361.
43. Delgado, G. C. y Cardoso, J. C., Condições de Reprodução Econômica e Combate à Pobreza, en Delgado, G. C. y Cardoso, J. C. (eds.), *A Universalização de Direitos Sociais no Brasil: a Previdência Rural nos anos 90*, Brasília, IPEA, 2000.
44. Lund, F., State social benefits in South Africa, *International Social Security Review*, 1993, 46 (1): 5-25.
45. Schwarzer, H. y Querino, A. C., Non-Contributory Pensions in Brazil: The Impact on Poverty Reduction. ESS Paper 11, Geneva, Social Security Policy and Development Branch, ILO, 2002.
46. Jensen, R. T., Do private transfers 'displace' the benefits of public transfers? Evidence from South Africa, *Journal of Public Economics*, 2004, 88 (1-2): 89-112.
47. Águila, E.; Kapteyn, A.; Robles, R. y Weidmer, B., Experimental Analysis of the Health and Well-being Effects of a Non-contributory Social Security Program, RAND Working Paper WR903, Santa Monica, RAND Corporation, 2011.
48. Duflo E. Grandmothers and Granddaughters: Old Age Pensions and Intrahousehold Allocation in South Africa. *The World Bank Economic Review* 2003;17(1):1-25.
49. Uccello, C. E., Factors Influencing Retirement: Their Implications for Rising Retirement Age, Washington, D. C., Urban Institute, 1998. Disponible en: http://www.urban.org/uploadedPDF/1000207_retire_factors.pdf.
50. Gustman, A. L. y Steinmeier, T. L., The social security early entitlement age in a structural model of retirement and wealth, *Journal of Public Economics*, 2005, 89 (2-3): 441-463.
51. Gruber, J. y Wise, D., *Social Security Programs and Retirement around the World*. Chicago: University of Chicago Press, 1999.

52. Hairault, J.-O.; Sopraseuth, T. y Langot, F., Distance to Retirement and Older Workers' Employment: The Case for Delaying the Retirement Age, *Journal of the European Economic Association*, 2010, 8 (5): 1034-1076.
53. Ver, por ejemplo, Águila y cols.,⁵⁴ Auerbach y cols.⁵⁵ García Prado y Panopoulou⁵⁶ y Bertranou.⁵⁷
54. Águila, E.; Attanasio, O. y Quintanilla, X., Cobertura del Sistema Privado de Capitalización en Chile, Colombia y México, RAND Working Paper WR642, Santa Monica, RAND Corporation, 2010.
55. Auerbach, P., Pagés, C. y Genoni, M. E., Social Security Coverage and the Labor Market in Developing Countries, Washington, D. C., Inter-American Development Bank/World Bank, 2005.
56. García Prado, A. y Panopoulou, G., Enrolling the self-employed in mandatory health insurance scheme: The case of Colombia, Washington, D. C., Inter-American Development Bank, 2010.
57. Bertranou, F., Informal Economy, Independent Workers and Social Security Coverage in Argentina, Chile and Uruguay (mimeo), Santiago, Chile, International Labour Office, 2007.
58. Ver, por ejemplo, Bailey y Turner⁵⁹ y Perry y cols.¹⁰
59. Bailey, C. y Turner, J., Contribution Evasion and Social Security: Causes and Remedies: International Labour Office, 1997.
60. Ver, por ejemplo, Venti y Wise,⁶¹ Attanasio y DeLeire,⁶² Duflo y cols.⁶³ y Engelhardt y Kumar.⁶⁴
61. Venti, S. F. y Wise, D. A., Government Policy and Personal Retirement Saving, *Tax Policy and the Economy*, 1992, 6: 1-41.
62. Attanasio, O. P. y DeLeire, T., The Effect of Individual Retirement Accounts on Household Consumption and National Saving, *The Economic Journal*, 2002, 112 (481): 504-538.
63. Duflo, E.; Gale, W.; Liebman, J.; Orszag, P. y Saez, E., Saving Incentives for Low and Middle-Income Families: Evidence from a Field Experiment with H&R Block, *The Quarterly Journal of Economics*, 2006, 121 (4): 1311-1346.
64. Engelhardt, G. V. y Kumar, A., Employer matching and 401(k) saving: Evidence from the health and retirement study, *Journal of Public Economics*, 2007, 91 (10): 1920-1943.
65. Karlan, D.; McConnell, M.; Mullainathan, S. y Zinman, J., Getting to the Top of Mind: How Reminders Increase Saving, National Bureau of Economic Research Working Paper Series, 2010, No. 16205.
66. Parker, S. W.; Todd, P. E. y Wolpin, K., Within-Family Program Effect Estimators: The Impact of Oportunidades on Schooling in Mexico 2006. Disponible en: <http://athena.sas.upenn.edu/~petra/papers/ksppaper.pdf>.
67. Véase <http://www.imss.gob.mx/servicios/mexicanos/segsaldfamilia.htm> para más información.
68. Lusardi, A. y Mitchell, O., Financial Literacy and Planning: Implications for Retirement Wellbeing, Pension Research Council Working Paper, WP2006-01, Philadelphia, Pension Research Council, 2006.
69. Clark, R.; Morrill, M. S. y Allen, S. G., The Role of Financial Literacy in Determining Retirement Plans, National Bureau of Economic Research Working Paper Series, 2010, No. 16612.
70. Rooij, M. V.; Lusardi, A. y Alessie, R. J., Financial Literacy, Retirement Planning, and Household Wealth, National Bureau of Economic Research Working Paper Series, 2011, No. 17339.
71. Gale, W. y Levine, R., Financial Literacy: What Works? What Could Be More Effective? Financial Security Project at Boston College, Working Paper FSP 2011-1, 2011.
72. Hastings, J. S. y Tejada-Ashton, L., Financial Literacy, Information, and Demand Elasticity: Survey and Experimental Evidence from Mexico, National Bureau of Economic Research Working Paper Series, 2008, No. 14538.
73. Mastrobuoni, G., The Role of Information for Retirement Behavior: Evidence Based on the Stepwise Introduction of the Social Security Statement. Center for Retirement Research at Boston College, Working Papers wp2009-23, 2009.
74. Ver, por ejemplo, Department for Work and Pensions, 75-76.
75. Department for Work and Pensions (DWP). Security in retirement: towards a new pensions system, Londres, Department for Work and Pensions, 2006.
76. Department for Work and Pensions (DWP). A state pension for the 21st century, Londres, Department for Work and Pensions, 2011.



Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

*Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo**

*Elizabeth Caro López***

La información vertida en los capítulos precedentes nos permite tener una visión clara de las singularidades propias de nuestro país en el tema del envejecimiento de la sociedad. Entre el inesperado crecimiento de la población observado en el censo 2010, el crecimiento paralelo de su población activa y el acelerado envejecimiento, la sociedad mexicana presenta logros y vulnerabilidades específicas. Sin descuidar la experiencia generada en el extranjero, es necesario formular una respuesta propia al desafío del envejecimiento en el caso de México.¹

Es claro que en todos los ámbitos, el fenómeno del envejecimiento y sus consecuencias impregna la realidad cotidiana. Sin embargo, en nuestro país esto no ha significado que sociedad y gobierno hayan respondido adecuadamente ante las demandas que plantea. Es más, se puede afirmar que la respuesta ha sido tímida, exenta de una verdadera planificación, ejecución y evaluación, y alejada todavía de la evidencia científica que sobre la vejez existe desde muy diferentes ámbitos y disciplinas.²

Faltaríamos a la verdad si dijéramos que nada se ha hecho; el capítulo introductorio da cuenta de los significativos logros alcanzados; sin embargo, no cabe duda de la existencia aún de grandes retos en el quehacer gerontológico (relativo al envejecimiento en todas sus facetas) y en particular el geriátrico (concerniente al cuidado de la salud de los adultos mayores).

Enfrentamos un desafío ineludible al que hay que dar respuesta desde muy diversos frentes y por supuesto, desde las ciencias de la salud. El cómo responder al

reto del envejecimiento desde la Medicina y cómo la Geriátrica puede ayudar ante este desafío a otras ciencias y disciplinas son preguntas absolutamente pertinentes en la actualidad.³ Este documento es una aportación a la reflexión y, fundamentalmente, una propuesta de acción que busca mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

El contexto demográfico y epidemiológico

El presente volumen contiene información que confirma la rápida transición demográfica que atraviesa el país. Los cambios demográficos y la transformación en la sociedad y sus instituciones, descritos por César González, Berenice Ramírez y Roberto Ham, nos dejan en claro el contexto en donde se sitúa México en la actualidad y sus implicaciones para los sistemas de pensiones.

La transición demográfica se ha manifestado en un aumento de la esperanza de vida en México, que en el año 2010 alcanzó los 76 años en promedio. La ecuación sociodemográfica mexicana se compone de un crecimiento sostenido seguido de un proceso de envejecimiento acelerado en los 35 años por venir. La generación del *baby boom* franquea ya el umbral de los 60 años y el número de personas mayores dependientes alcanzará un primer pico a partir de 2020 y hasta 2025 (en tan sólo 8 años, y son ya 1.2 millones en 2011) y se mantendrá en un nivel creciente hasta el 2050. Simultáneamente, la sociedad mexicana presenta una tasa de fecundidad de 2.05. Esto representa una persistencia

* Académico, doctor en Ciencias Médicas con orientación en Salud Pública y Envejecimiento. Director General del Instituto Nacional de Geriátrica de los Institutos Nacionales de Salud.

** Maestra en Políticas Públicas. Subdirectora de Planeación y Vinculación del Instituto Nacional de Geriátrica.

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

del estrés de “dependencia” para los próximos 25 años, con la acumulación de las necesidades de los menores de 15 años y de las personas adultas mayores dependientes en proporción creciente. Este punto ilustra una perspectiva más general sobre el pacto social: nuestras decisiones colectivas deberán conciliar las aspiraciones y las necesidades no ya de tres, sino de cuatro generaciones viviendo juntas y por más tiempo.

En lo que se refiere a la categorización de la población envejecida, hoy día es necesario establecer –más allá de las categorías funcionales– una clara distinción entre los que pudiéramos llamar *seniors* (60 a 75); los adultos mayores jóvenes (75 a 85) y los adultos mayores muy ancianos (por encima de los 85). Estas subpoblaciones enfrentan retos muy disímolos y tienen necesidades muy diversas. El adulto mayor con 70 años se parece más al quincuagenario que al octo o al nonagenario, pertenece a un grupo que constituye un capital social muy valioso y en el que las posibilidades de intervención para preservar la actividad y la capacidad funcional son muy elevadas. Por otra parte, las necesidades de la población más envejecida obedecen en buena medida a la alta prevalencia de fragilidad,⁴ y a la creciente dependencia funcional en razón directa de la edad. Para este grupo, su potencial como capital humano se ubica más en el nivel de las relaciones interpersonales y la preservación de los valores de nuestra sociedad.

Es en este contexto de envejecimiento poblacional acelerado, con una mayor presencia femenina y con más de la mitad de los adultos mayores con 70 y más años que hoy en día debemos actuar. México iniciará en ocho años la tercera década del siglo XXI como una sociedad envejecida y con un capital social representado en particular por los adultos mayores más jóvenes, que debemos capitalizar.

La evolución de los índices de dependencia tenderá a la disminución sostenida de la razón de dependencia. Hoy en día tenemos ya tantos adultos mayores de 60 años como niños menores de 4 años en el país (Figura 1).⁵ Ello representa un reto, pero también una oportunidad para abordar eficazmente el fenómeno del envejecimiento al diseñar políticas de atención médico-social adaptadas a las necesidades de los adultos mayores antes de que este grupo ejerza mayor presión sobre los servicios sociales y de salud, que hoy día enfrentan claras deficiencias como se desprende del análisis de los capítulos “Solidarios o dependientes y Un

sistema de salud mejor adaptado”, escritos por Garay y Durán Arenas y cols.

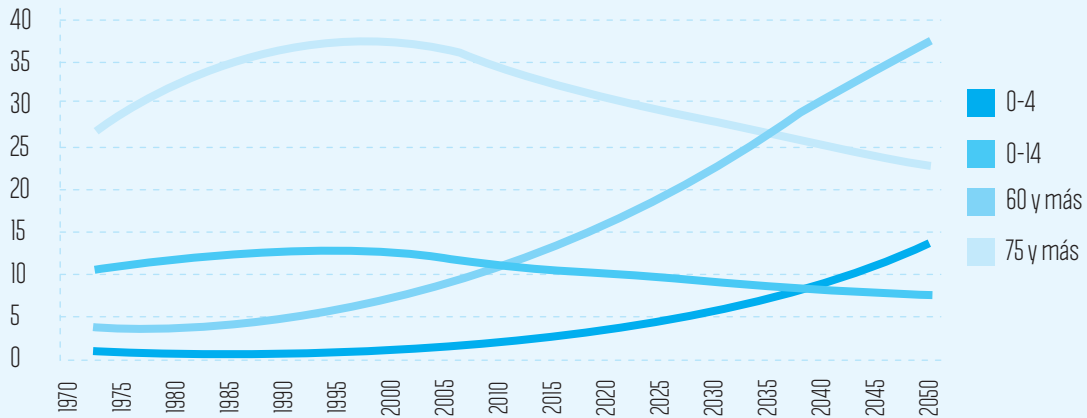
Si bien más de la mitad de los adultos mayores mexicanos vive en áreas urbanas, hay también numerosos adultos mayores en áreas rurales (26.2% en comunidades menores de 2,500 habitantes); además, en las localidades rurales el porcentaje de población de 60 años y más, con respecto a la población total es de 10.1%, cuando que en las localidades urbanas el porcentaje es tan sólo de 8.6%,⁶ esto por efecto de la migración de los adultos en edad media de la vida fuera del ámbito rural. La intensidad y el ritmo de este envejecimiento demográfico rural varían según la entidad federativa y en función de los movimientos migratorios, ello constituye un fenómeno que también debe ser considerado en el diseño de nuevas políticas públicas dirigidas a los adultos mayores.

La rápida transición demográfica hacia el envejecimiento de la población del país se ha reflejado ya en los cambios epidemiológicos, en particular a través de la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas. La sección dedicada a la descripción del estado actual de la salud de los mexicanos al envejecer bien lo demuestra.

La carga de morbilidad que afecta a esta población ha aumentado en las últimas décadas y se caracteriza, además de la creciente prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, por una frecuente polipatología y un incremento significativo en la discapacidad resultante. Es destacable el hecho de que las enfermedades crónicas y la discapacidad son más comunes entre las mujeres, en las áreas urbanas y a mayor edad. Si bien la esperanza de vida total de la población es de 75.4 años, la esperanza de vida saludable se ha estimado en promedio en 65.8 años, es decir, se tiene una expectativa de vida con enfermedad y discapacidad de casi diez años antes de morir.⁷ Tal situación tiene como consecuencia actual la expansión de la morbilidad, lo cual lleva aparejado un mayor riesgo de discapacidad y dependencia funcional.

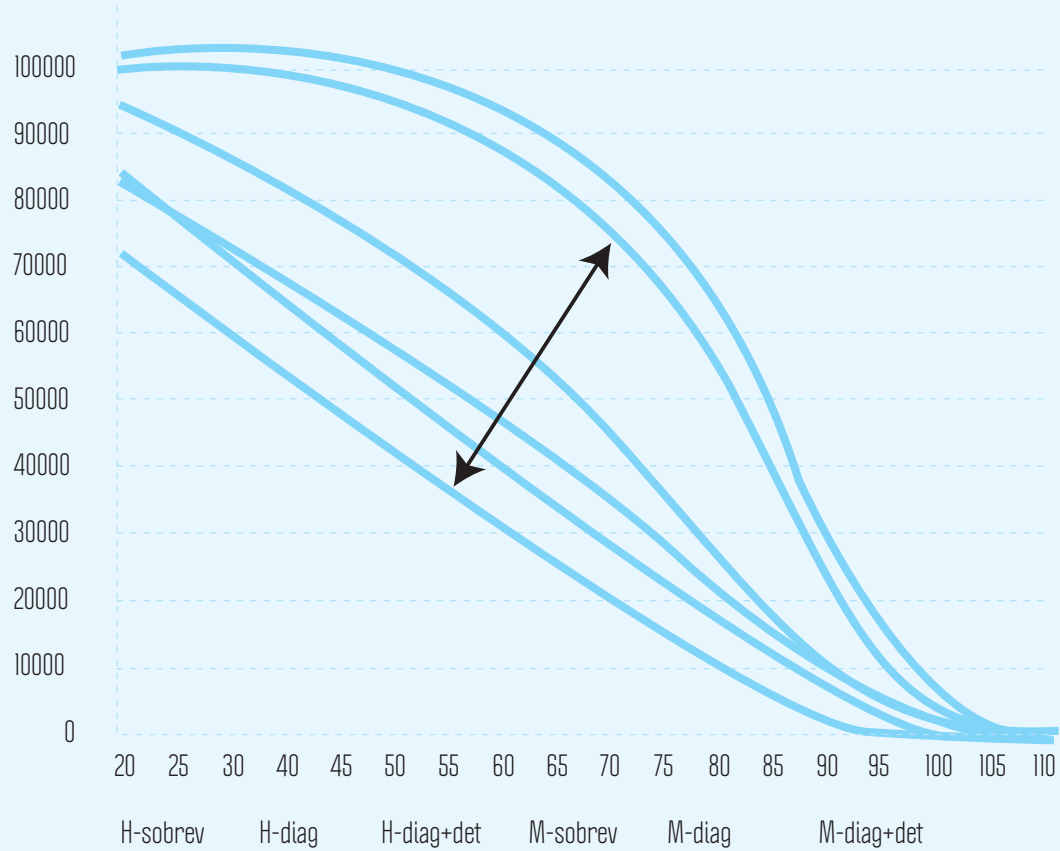
A partir del rezago de la esperanza de vida en salud, es posible anticipar una dificultad creciente para mejorar esos indicadores, al enfrentarnos a nuevos riesgos para la salud en la población mexicana en la edad media de la vida, que conducirá también a un aumento en la prevalencia y en los costos de tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas de una población adulta mayor creciente. Lo anterior se reflejará también en el significativo incremento de la discapacidad y

Figura 1. Proyecciones de la evolución de la población dependiente



Fuente: Proyecciones de Población del Conapo 2005-2050. Población de 0 a 4 años: 10,528,322, y Población de 60 años y más: 10,055,379 en 2010 de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.⁵

Figura 2. La brecha entre la esperanza de vida y la esperanza de vida en salud



Fuente: Roberto Ham-Chande (2003). Esperanzas de vida y expectativas de salud. Reunión Regional sobre Envejecimiento y Salud.⁸

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

consecuente dependencia funcional al avanzar en edad, y mantendrá la disociación entre la esperanza de vida y la esperanza de vida en salud (Figura 2).

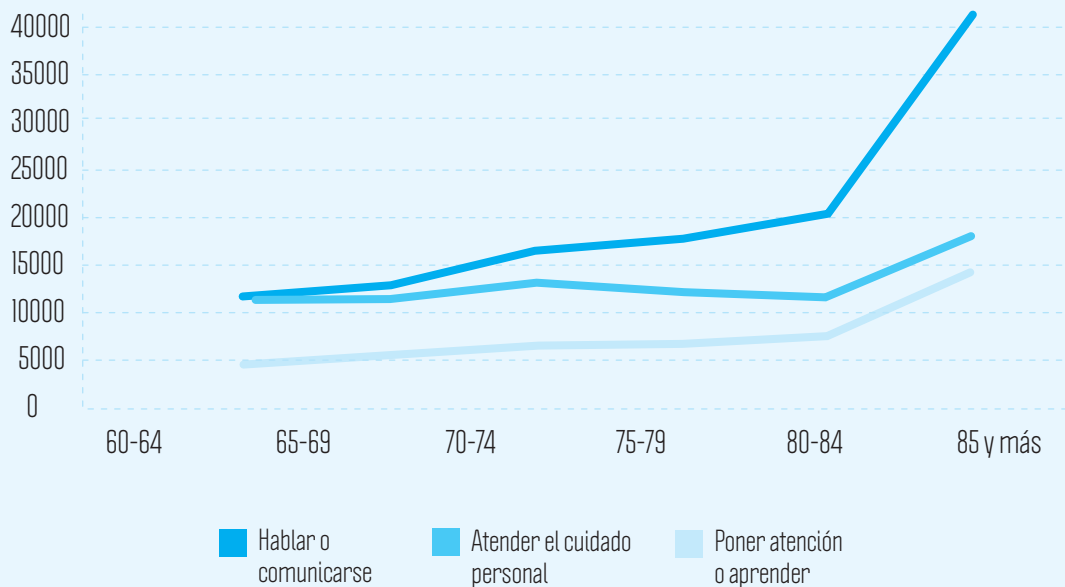
La dependencia funcional constituye el verdadero reto

Es particularmente –en razón de la dependencia funcional– que el envejecimiento representa un reto en la actualidad para el Sistema Nacional de Salud, pues según las últimas cifras censales: 26% de los adultos de 60 años y más declaró tener limitación con al menos una actividad básica de la vida diaria. En cuanto al tipo de actividad comprometida, aproximadamente 15% de los adultos de 60 años y más reporta dificultad con actividades básicas como caminar o moverse, mientras que entre 7 y 10% reporta dificultad con otras actividades básicas de la vida diaria como vestirse, comer y bañarse; estos datos obtenidos por procesamiento de la información censal por Mariana López Ortega coinciden con los reportados por el INEGI y concuerdan con los observados en la Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento en México (Enasem 2001 y 2003)⁹⁻¹⁰ (Cuadro 1 y Figura

3). La dependencia funcional dificulta la atención y el acceso a los servicios de salud y es particularmente disruptiva cuando se acompaña de deterioro cognitivo. Sabemos que 6% de los mexicanos mayores presenta un cuadro demencial, y con mayor probabilidad a mayor edad y más comúnmente a causa de la enfermedad de Alzheimer.¹¹ En este ámbito, es de destacarse la importancia del apoyo informal que reciben los adultos mayores dependientes por parte de familiares, amigos y comunidad; y es de lamentarse, por otra parte, el magro desarrollo de los servicios de salud especializados y de los servicios médico-sociales de cuidados a largo plazo en el país.

La longevidad de la población está produciendo retos sin precedentes para la elaboración de la política social y de salud pues, en un escenario de recursos económicos limitados, tendremos que encontrar la fórmula para proporcionar una oferta de servicios de salud de calidad y atención social en salud para este segmento de la población, así como acciones innovadoras que permitan al conjunto de la población llegar a la vejez en mejores condiciones de salud y bienestar.¹²

Figura 3. Población total por grupos quinquenales de edad según tipo de limitación en la actividad



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010, Tabulados del Cuestionario Básico.⁶

Cuadro 1. Población total según condición de limitación en la actividad y número de limitaciones declaradas

| Grupos de edad | Población total | Total | Con limitación en la actividad (%) | | | | Sin limitación en la actividad | No especificado |
|-----------------|-----------------|-----------|------------------------------------|----------------|----------------|----------------------|--------------------------------|-----------------|
| | | | 1 limitación | 2 limitaciones | 3 limitaciones | 4 o más limitaciones | | |
| Total | 112,336,538 | 4,527,784 | 3,871,222 | 449,377 | 129,249 | 77,936 | 105,646,736 | 2,162,018 |
| % | 100 | 4.03 | 85.50 | 9.92 | 2.85 | 1.72 | 94.04 | 1.92 |
| 0-14 años | 32,515,796 | 10.10 | 10.17 | 7.92 | 10.72 | 18.09 | 30.05 | 14.21 |
| 15-29 años | 29,706,560 | 10.87 | 11.15 | 8.34 | 8.90 | 14.70 | 27.47 | 9.14 |
| 30-59 años | 38,661,397 | 33.08 | 35.07 | 23.56 | 16.42 | 16.81 | 34.95 | 11.07 |
| 60-84 años | 9,352,084 | 38.55 | 37.63 | 46.93 | 42.89 | 28.32 | 7.15 | 2.44 |
| 85 años y más | 703,295 | 7.36 | 5.93 | 13.21 | 21.02 | 22.01 | 0.35 | 0.22 |
| No especificado | 1,397,406 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.08 | 0.03 | 62.90 |
| Total | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda. Elaborado a partir de los Tabulados del Cuestionario Básico.⁶

El contexto socioeconómico y la vulnerabilidad de los adultos mayores

En cuanto a la situación socioeconómica de los adultos mayores, la información descrita por Berenice Ramírez, Roberto Ham, Verónica Montes de Oca y Sagrario Garay, así como el análisis de Emma Águila y su grupo dejan en claro la forma en que fenómenos tales como el crecimiento de la economía informal y una mayor participación de la mujer en el mercado laboral, aunados al crecimiento de la migración interna y la migración internacional, inciden en la dinámica del envejecimiento. Todo ello limita el acceso a la seguridad social, en particular para las mujeres, y disminuye la probabilidad de que los ancianos dependientes confinados a su domicilio puedan ser apoyados directamente por sus familiares. Los datos en su conjunto confirman la situación de vulnerabilidad de los adultos mayores como grupo social.

La organización actual del Sistema Nacional de Salud responde sólo parcialmente a las necesidades de los adultos mayores

La situación descrita se da además, como bien lo señalan Durán Arenas, García Peña y cols.; en el contexto de un sistema de salud complejo y fragmentado, en donde las instituciones públicas de salud atienden a diferentes

sectores de la población, con insuficiente interacción entre ellas y con un sector privado poco regulado. En este sistema prevalece aún el modelo médico en el cual se privilegia la atención curativa y la respuesta ante la enfermedad aguda, y sólo recientemente comienza el desarrollo de esfuerzos dirigidos a modificar el modelo para fortalecer el nivel comunitario con la creación de las Unidades Médicas de Especialidades (Unemes), con una especial atención al abordaje de la enfermedad crónica que se hace patente a partir de la creación del Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (Conacro) en 2010.¹³ Por otra parte, está la inversión en salud, tanto en el desarrollo de infraestructura como en la creación y universalización de un sistema de protección social en salud: el Seguro Popular no tiene precedentes en la historia del país y ha sido dirigida sobre todo a la población más desfavorecida, hasta hoy al margen del sistema formal de seguridad social.

El costo de la atención de los adultos mayores crece claramente en función de las enfermedades crónicas.¹⁴ Los egresos hospitalarios de adultos mayores de 60 años se han duplicado en los últimos diez años. Los hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en salud que el promedio; los adultos mayores tienen una probabilidad del doble al triple de ser hospitalizados, con respecto a las personas en edad media de la vida. Sin

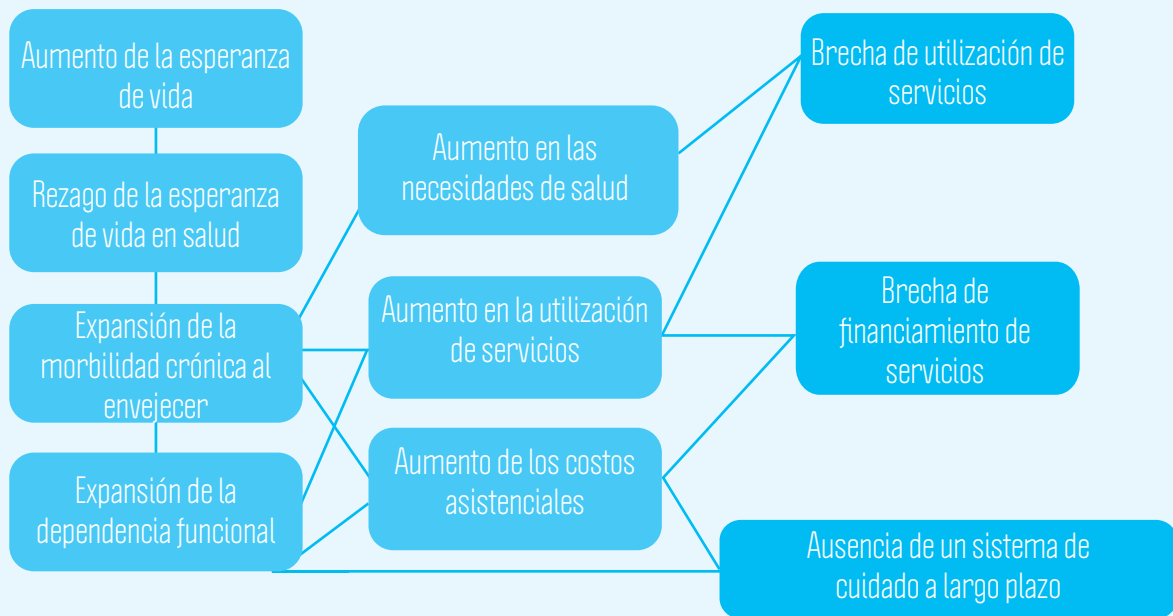
Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

duda, la carga de morbilidad crónica acumulada durante varios años es la principal razón del incremento en el costo de la atención, mucho más que la edad en sí misma, pues las personas mayores sanas consumen incluso menos recursos que los adultos de edad media en igual situación de salud. A esto hay que sumar las dificultades inherentes a las intervenciones preventivas dirigidas a la enfermedad crónica, en buena parte basadas en la modificación del “estilo de vida”. El capítulo escrito por Arroyo deja en claro la complejidad de este enfoque, que suele sobreesimplificarse. Además, la ausencia de un sistema formal de cuidados a largo plazo, sumado a la creciente prevalencia de la enfermedad crónica, acrecienta la ineficiencia y propicia el aumento de los costos asistenciales en el Sistema Nacional de Salud (Figura 4).

Dicho esto, hay que admitir que, en razón de la fragmentación del sistema, hoy en día no sabemos con exactitud a cuánto asciende el gasto en servicios de salud para la población adulta mayor, ni cuál es la infraestructura destinada a estos servicios, ni la inversión en recursos humanos especializados, lo cual es sustantivo si se desea tener parámetros ciertos para los cálculos de costo-eficiencia y proyecciones en el corto y mediano plazo.

Sin embargo, mientras la demanda asistencial de los adultos mayores mexicanos sea relativamente baja, tendremos oportunidad para desarrollar estrategias de largo plazo que reorienten la inversión pública, acorde con la transición en la razón de dependencia de los infantes hacia los adultos mayores y con la consecuente reducción del gasto en educación. Habrá que reorientar

Figura 4. El impacto de la enfermedad crónica y la dependencia funcional al envejecer sobre los servicios de salud



Fuente: elaboración propia.

también las capacidades de los prestadores de servicios de salud, hacia el desarrollo de un modelo integrado de asistencia médico-social con base comunitaria.

Este modelo ha de desarrollarse a partir de la consideración del contexto nacional, reconociendo los aspectos sociales, jurídicos e institucionales, así como las formas de organización social que prevalecen. Ha de basarse en el reconocimiento de la obligación del Estado, la responsabilidad institucional y la corresponsabilidad social. Un modelo así se enfoca en la comunidad y la familia, contribuye a reconstruir el tejido social y recompensa la solidaridad intergeneracional. De esta manera se evitará un mayor distanciamiento entre la atención médica y los servicios sociales y por el contrario ayudará a dinamizarlos tomando en consideración la normatividad, la factibilidad institucional, los requerimientos de capital humano y la necesaria sustentabilidad.

El necesario encuentro entre lo médico y lo social en un modelo que responda a las necesidades del adulto mayor

Del análisis de la información presentada en este volumen se desprende que, más allá del aumento de población adulta mayor, uno de los retos más serios a enfrentar por los servicios de salud en México es la promoción del envejecimiento sano y activo, y el desarrollo de una respuesta eficaz ante la creciente prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, así como de sus consecuencias, en particular, el incremento de la discapacidad secundaria a enfermedades no transmisibles y la consecuente dependencia funcional.

Desde esa perspectiva queda claro que es prioritario el desarrollo de un nuevo modelo de atención cualitativamente distinto al vigente, que se adecúe a las nuevas necesidades e impulse en paralelo la formación de los recursos humanos competentes, necesarios tanto en el nivel primario como en los niveles especializados, por encima del mero aumento cuantitativo de los servicios de salud.

Partiendo de la necesidad de contar con un modelo de atención adaptado al adulto mayor, y basados en los objetivos de la atención primaria, consideramos que para poner en marcha un servicio que cubra las necesidades del adulto mayor se debe trabajar para fortalecer las competencias geriátricas de los prestadores de servicios en atención primaria, aplicar las recomendaciones de la organización Mundial de la Salud para mejorar la atención primaria de los adultos mayores¹⁵ y trabajar

para mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención en salud. Esto posibilitará el avance gradual hacia servicios específicamente adaptados a las necesidades del adulto mayor en todos los ámbitos: consulta externa especializada, atención domiciliar, valoración especializada en servicios de urgencias, unidades de hospitalización geriátricas (que funcionen como unidades de enlace intrahospitalarias para la identificación y seguimiento de ancianos frágiles), y el desarrollo de alternativas a la hospitalización, como son: hospitales de día, unidades de recuperación funcional (rehabilitación) y centros de día, que en el nivel comunitario adopten además el rol de unidades de enlace entre los centros de atención primaria y el segundo y tercer nivel de atención; tanto para el desarrollo de un plan de atención individualizado como para contribuir a brindar entrenamiento a la familia para mejorar sus competencias para asumir eficientemente los cuidados en el domicilio. Todo ello en el contexto de un sistema de salud que:

- Garantice el acceso universal y equitativo de la población adulta a una atención integral e integrada basada en una relación continua y personalizada con los proveedores de atención primaria.
- Garantice la atención integral (salud física y mental, episodios agudos, cuidados crónicos, paliativos y de rehabilitación, actividades de promoción y prevención).
- Facilite la coordinación entre las instituciones, los profesionales y los trabajadores que proveen servicios de salud en diferentes puntos de atención, para evitar la fragmentación.
- Promueva un enfoque comunitario y participativo de la atención y la gestión de los servicios.

Además, los programas de promoción de la salud y prevención han de tener un enfoque multidimensional, con el objeto de detectar oportunamente las enfermedades y riesgos de la esfera física, mental y afectiva; su impacto funcional y la oportuna identificación de las situaciones de riesgo social y ambiental.

El exiguo desarrollo de los servicios médicos para los adultos mayores en México se manifiesta en el hecho de que los programas específicos existentes a nivel federal y estatal son escasos; y cuando existen, como en el caso del Programa de Acción Específico de Envejecimiento del Cenaprece, carecen de finan-

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

ciamiento específico. Si bien los esfuerzos y prácticas prevalentes son en general rescatables, son también a todas luces insuficientes. Además, hay un riesgo inherente al sólo seguir la inercia del desarrollo de servicios, sin tener una evaluación integral de lo que se tiene y de las necesidades reales que deberán atenderse en el corto, mediano y largo plazo. Es necesario para este propósito llevar a cabo un diagnóstico mucho más detallado del perfil epidemiológico del adulto mayor, del estado actual de la dependencia funcional y un mapeo de los determinantes sociales de la salud e identificar las zonas más vulnerables.

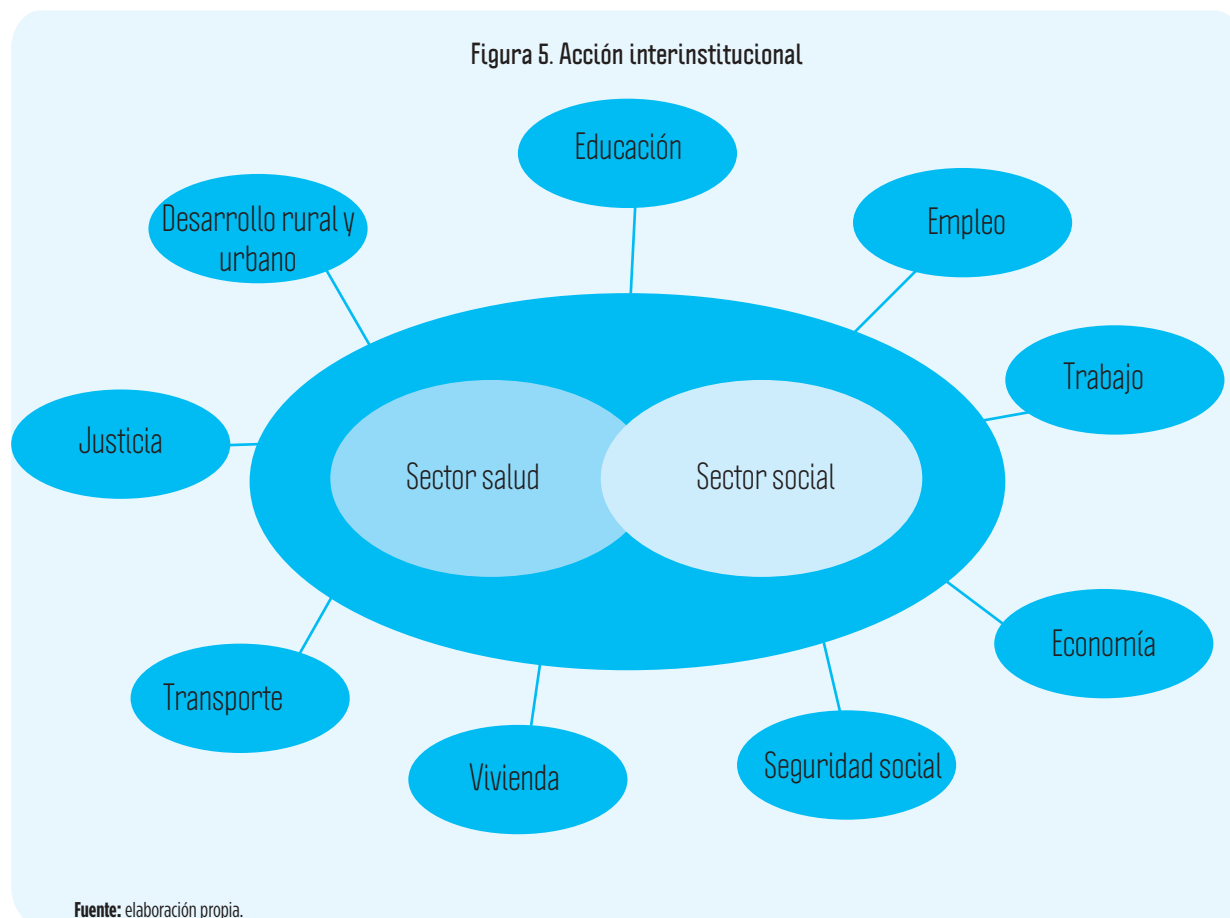
La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2012 arrojará luz a este respecto y acerca de los indicadores del AFASPE (Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados) para los adultos mayores. Sin embargo, ya con la información disponible, es clara la necesidad de avanzar en el desarrollo de servicios de atención médico-social para los adultos mayores (Figura 5). En una primera etapa se fortalecerá la atención primaria a través de la capacitación de los profesionales,

y mediante la introducción de instrumentos de tamizaje y algoritmos de toma de decisiones que faciliten la tarea del clínico para la identificación de los distintos grupos funcionales y las situaciones de riesgo, así como para la puesta en marcha de intervenciones preventivas y de promoción de la salud.

En segundo lugar, mediante el reforzamiento del segundo nivel a través de la introducción de equipos geriátricos multidisciplinarios móviles, y el desarrollo de los servicios sociales necesarios para proveer servicios de cuidado a largo plazo con base comunitaria; privilegiando siempre una política que favorezca el envejecimiento en el propio domicilio por encima del desarrollo de instituciones de cuidados de largo plazo.

Ello puede lograrse en un primer tiempo, a través de la estrategia ya propuesta en el Programa de Acción Específica de Envejecimiento, que consiste en iniciar con la creación de centros de día comunitarios que servirían de base para la acción de los equipos multidisciplinarios orientados hacia la comunidad. En paralelo, es necesario multiplicar los departamentos de Geriátria

Figura 5. Acción interinstitucional



Fuente: elaboración propia.

en los hospitales del tercer nivel de atención para continuar trabajando en la formación de los profesionales médicos y paramédicos especializados.

Modelos de intervención

Al repasar los modelos de intervención desde los que se ha trabajado en el ámbito del envejecimiento en los últimos años, constatamos que la atención e intervención con personas mayores ha sufrido cambios importantes. Hemos transitado de un modelo benéfico-asistencial (décadas anteriores a los años ochenta) al modelo asistencialista y de institucionalización, que imperó a principios y mediados de los ochenta, y que aún prevalece. De éste, quisiéramos avanzar hacia un modelo que asuma que la base comunitaria, que favorece la permanencia en el hogar de los discapacitados, y la atención centrada en la preservación de la funcionalidad y la calidad de vida de la persona adulta mayor y su familia, constituyen el objetivo fundamental en el que se debe desarrollar la atención a la vejez en el siglo XXI.¹⁶ En este sentido, la experiencia generada por el grupo de Mendoza Núñez¹⁷ destaca la importancia del capital social gerontológico como elemento fundamental de la promoción del envejecimiento activo. Para ello, el empoderamiento del adulto mayor constituye el elemento clave que posibilita el envejecimiento activo, a través de la formación de promotores de salud gerontológica, experiencia probada ampliamente en el contexto mexicano y latinoamericano.

La información vertida en los capítulos de la segunda sección, consagrada a la revisión de los determinantes del cambio demográfico y de la salud al envejecer, nos deja claro que así debe ser: debemos enfatizar en el empoderamiento de la persona y en la preservación de la capacidad funcional. También queda plenamente establecida la necesidad de reconocer a los subgrupos, divididos en razón de su capacidad funcional al interior de este colectivo (adultos mayores sanos, adultos mayores frágiles y adultos mayores enfermos y dependientes) para identificar con claridad sus muy particulares necesidades. Igualmente destaca la necesidad de considerar el papel del entorno que impacta de manera determinante en el bienestar; el tamaño de una comunidad y sus características definen las posibilidades de acceso a servicios y programas que hacen la diferencia en todos los aspectos de la vida.

En nuestra realidad, la imagen social que infantilizaba a las personas mayores va quedando atrás y avanzamos

hacia la valorización de la vejez. Esto es, hacia el reconocimiento del valor que el capital social de la población mayor representa. Este enfoque hace patente su valor a través de la demostración de la eficacia del modelo de intervención a través de núcleos gerontológicos.¹⁸

Calidad de vida

La calidad de vida es tema fundamental a lo largo de todo el curso de la vida, que cobra particular relevancia en la vejez, en virtud de una serie de circunstancias que convergen para propiciar una situación de dependencia en general, y en particular, por el incremento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. En ese sentido, van quedando de lado los planteamientos en donde las intervenciones gerontológicas se asemejaban a las intervenciones realizadas con cualquier otro grupo etario, en el que el paradigma que subyacía a cualquier intervención en salud era siempre la búsqueda de la plena curación; no es que ésta no sea un objetivo deseable, sino que el entendimiento de que “lo crónico” necesita un tipo de intervención propia e independiente de “lo agudo” ha servido para reconocer la calidad de vida de las personas mayores como el objetivo fundamental.

Desde esta perspectiva, en donde lo importante no es sólo curar sino también cuidar, hay que asumir los límites que la existencia humana marca y no pretender hacer de la vejez una segunda juventud. El desarrollo de los cuidados paliativos es en esta perspectiva una necesidad apremiante.

Investigación

La creciente longevidad de la población es uno de los mayores logros de la humanidad y México participa ya de esta historia de éxito. Sin embargo, las enfermedades relacionadas con la edad avanzada suponen aún un desafío para las personas, para los sistemas de salud y para las ciencias médicas y sociales.

No es posible afrontar estos retos desde un punto de vista único; para enfrentarlos es necesario un frente unido, activo y coordinado de muchas disciplinas, y también una estrategia que, partiendo de la investigación, alcance todos los aspectos del envejecimiento. Esto supone que la investigación translacional, que traduce sus hallazgos en conocimiento útil para las políticas públicas, sea un requisito esencial y que sus avances fluyan rápidamente, para incidir en la promoción de estilos de vida saludables, y así permitir que la atención

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

social y la atención a la salud resuelvan las necesidades de las personas mayores.¹⁹

Un requisito indispensable para el diseño de nuevos modelos clínicos e intervenciones de salud pública que mejoren la prevención y el manejo de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento, es la mejor comprensión del proceso de envejecimiento. Además, la generación de conocimiento en los temas relacionados con la salud pública (protección y promoción de la salud, prevención de enfermedades, discapacidad y fragilidad, mejoramiento de la calidad de vida, la calidad de la asistencia, la organización de los sistemas de salud y los aspectos económicos relacionados) permitirá una inmediata aplicación de los resultados de la investigación social, básica y clínica a la práctica diaria con eficacia y efectividad.

La vinculación entre la investigación en salud pública y la investigación en otras áreas permitirá la transferencia del conocimiento a las políticas sanitarias y los planes estratégicos relativos a las personas mayores, sus familias y su entorno.²⁰⁻²²

Envejecer sanos y activos es un derecho que debe ser satisfecho

La prevención y las acciones orientadas a la promoción del envejecimiento sano y activo son ya no sólo una necesidad apremiante, constituyen un derecho. El conocimiento actual, acerca de los determinantes del envejecer sano y activo, basta para el inicio de amplios programas dirigidos a este propósito; el cual necesita de una mayor inversión en promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad y de la dependencia funcional, desde todos los canales sociales posibles, incluido el primer nivel de atención y los medios de comunicación masiva.

El primer paso en esta dirección es seguir avanzando en la resolución de la situación de vulnerabilidad y de discriminación en que viven muchos adultos mayores mexicanos. La encuesta sobre discriminación realizada por el Consejo Nacional para la Prevención de la Discriminación (Conapred) en 2005 y actualizada en 2011²³ confirma que la discriminación es un factor que incide significativamente sobre la población de adultos mayores de nuestro país y acrecienta su vulnerabilidad; dicha vulnerabilidad se traduce en un mayor riesgo de exclusión social.

Para la elaboración de políticas públicas en contra de la exclusión social de los adultos mayores debe consi-

derarse el dato arrojado por la encuesta del 2011 en la que 68.8% de los adultos mayores consideraron que la discriminación en su contra no habría disminuido en los últimos cinco años. Estos datos dejan en claro que el adulto mayor se sigue percibiendo como el grupo más desprotegido de la sociedad. Ello, aunque se haya avanzado significativamente en acciones en su favor como la ampliación de la cobertura del programa de micro-pensiones no contributivas del programa 70 y más que brinda un piso mínimo de soporte económico para esta población,²⁴ y en particular para el segmento más vulnerable. El siguiente paso consiste en la creación de un programa de promoción del envejecimiento sano y activo, donde los conceptos de ciudadanía y capital social gerontológico sean los elementos centrales para el cambio y transformación que este grupo requiere. Dicho programa será la base que permita el desarrollo integral gerontológico, cuya manifestación última sea el empoderamiento del adulto mayor a través de su formación como promotores de salud gerontológica. En este sentido, el modelo de núcleos gerontológicos desarrollado en la última década por la Unidad de Investigación en Gerontología de la FES Zaragoza de la UNAM puede ser un referente para la construcción de un programa con estas características.¹⁷

Es necesario un énfasis en la promoción del envejecimiento sano y activo y en el desarrollo de un sistema de atención médico social

Para plantear el desarrollo de un eventual plan de acción con una perspectiva de derechos humanos, resulta particularmente útil la revisión del marco legal hecha por el Dr. Leoncio Lara. A partir de hace unos años sus derechos jurídicos como grupo han sido reconocidos con una norma específica que es la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Si bien el inventario de leyes y normas es considerable, como podemos constatar en el capítulo correspondiente, el avance es aún limitado y, sobre todo, no se han consolidado las estrategias para su exigibilidad. En particular, el derecho a la protección de la salud está definido claramente en la legislación vigente que proporciona un referente jurídico que justifica el diseño de un Plan de Acción que contribuya al ejercicio efectivo, garantizado y permanente de los derechos de este grupo social.

Las cuestiones puestas de manifiesto en la legislación presentan también oportunidades para el sistema de

salud, en el sentido de que la Secretaría de Salud estaría en posibilidad de asumir un liderazgo en el desarrollo de la coordinación entre los servicios médicos y los sociales para adultos mayores. Además, la Secretaría de Salud está en la obligación de marcar el rumbo de las normas que se emitan para la promoción de la salud, la prevención y la prestación de servicios.

En ese contexto, el control del fenómeno del envejecimiento patológico, de la fragilización y consecuente dependencia funcional está a nuestro alcance a condición de no diferir la toma de decisiones para un conjunto de reformas necesarias, incluidos a los actores e instituciones que participan en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de acciones favorables para lograr un proceso de envejecimiento saludable que actúan para ello durante todo el curso de la vida.

Hasta muy recientemente, la política de atención a la vejez en México se ha construido a partir del principio de combate a la pobreza y la búsqueda de la integración social. Es decir, la atención se ha centrado en una concepción de los mayores asociada con la necesidad y dependencia económica. De aquí se desprende una serie de programas que están enfocados esencialmente a acciones de corte asistencialista que no promueven la participación social o la creación de una base ciudadana. Más recientemente, se ha buscado construir una política basada en el principio de los derechos, es decir, reconocer a los mayores explícitamente como sujetos de derechos y no sólo como beneficiarios de políticas asistencialistas. En ese sentido, en los últimos diez años, nuestro país ha impulsado avances y acciones concretas de conformidad a lo previsto por el Plan Internacional de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento 2002.²⁵ Sin embargo, los avances se circunscriben con frecuencia a planteamientos y decretos normativos que en la práctica no se han traducido en igual número de acciones concretas en el ámbito de la salud a favor de este grupo de edad.

Actualmente, el Estado mexicano cuenta con las bases para desarrollar una eficaz política de atención al envejecimiento. Existe ya la base institucional; y la legislación ha avanzado considerablemente en los tres ámbitos de gobierno. Ahora es necesario impulsar la creación de un Plan de Acción en torno al tema que garantice en el futuro políticas públicas, basadas en planes derivados del consenso entre los diferentes

actores que convergen dentro del Estado, por supuesto que incluya a los propios adultos mayores.

La gobernanza como un activo en la generación de nuevas políticas públicas con perspectiva transversal para el envejecimiento

Actualmente, el quehacer gubernamental no sólo se define por las instituciones y los servidores públicos. Se reconocen diversos actores que participan de manera activa y comprometida en la definición y ejecución de las políticas públicas bajo un principio de corresponsabilidad, participación y pluralidad; esta forma de hacer gobierno se define como *gobernanza*,²⁶ y resulta necesaria en un escenario donde el envejecimiento no es sólo una cuestión de edad o de un único grupo de población, sino que involucra a todos de manera directa o indirecta y que requiere de propuestas innovadoras y sustentables. Sin duda, el papel de la sociedad civil organizada, que ya venía desarrollándose con anterioridad, cobra nueva relevancia, por lo que habrá que acompañar sus acciones con un marco jurídico adecuado que les dé fuerza y transparencia. Desde esta perspectiva, el estado actual del envejecimiento poblacional en México debe incitarnos a efectuar varias acciones, en particular:

- Cambiar la concepción tradicional de que envejecer implica pasividad, aislamiento y dependencia; en cambio hay que *poner el acento en la autonomía*, el ejercicio de los derechos y la participación corresponsable por parte de la población a través del autocuidado y la participación en las acciones de promoción de la salud.
- Incluir *la perspectiva de edad*, como ha ocurrido con la de género, en el conjunto del quehacer público, lo cual permitirá reorientar una mayor cantidad de recursos y perfilar la implementación de programas y acciones complementarias en menor tiempo.
- *Revisar la capacidad institucional*²⁷ para asegurar que sea adecuada en el desempeño de funciones, resolución de problemas y logro de objetivos de las políticas públicas necesarias para el desarrollo en cada etapa de la vida.
- *Fortalecer la capacidad de la familia, y de la comunidad, y estimularlas* para responder a las necesidades del adulto mayor, lo que propicia así la atención en el domicilio, y contribuye a la creación de nuevos empleos en este ámbito.

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

Un Plan de Acción en envejecimiento y salud

El plan de acción que aquí se propone es producto de la información, análisis y reflexión vertidos en los textos precedentes. Asimismo, toma en consideración la visión de la Organización Mundial de la Salud y los acuerdos signados en el seno de la Organización Panamericana de la Salud y descritos en el texto: “La Salud de las Personas Mayores incluyendo el Envejecimiento Saludable y Activo. Estrategia y Plan de Acción”.²⁸

Conocemos las proyecciones y las cifras de adultos mayores actuales y por venir, sabemos también que el impacto del envejecimiento dependerá de las decisiones que hoy tomemos.

Estamos ciertos de que las pensiones no contributivas no son la única alternativa para reducir la pobreza, sino que hay otras vías de apoyo social. Es claro también que operamos en un entorno en donde las personas, las familias y la cultura mutan respondiendo a incentivos y que éstos dependen de las políticas públicas que se pongan en juego. Las acciones por efectuarse deben incorporar la dimensión generacional reconociendo los derechos de las generaciones de adultos mayores que viven hoy día y asegurando a la par, la protección de los derechos de los que estamos en vías de envejecer. Todo ello tiene claras implicaciones en el quehacer público que podemos resumir de la siguiente manera:

El fenómeno del envejecimiento debe ser considerado en cada una de las etapas del curso de vida. Ello implica una nueva visión, tradicionalmente basada en tres etapas: aprender, trabajar y descansar, para integrar los tres elementos en cada etapa de la vida.

En esta visión global es indispensable contar con un marco normativo, amplio, vigente, visionario, que permita atender de manera eficiente las particularidades de los distintos segmentos de la población adulta mayor: los adultos mayores sanos, los adultos mayores frágiles y aquellos en situación de dependencia.

Es necesario seguir avanzando también en el desarrollo y fortalecimiento de programas para el control de las enfermedades no transmisibles, con una clara perspectiva de curso de vida. Éstos tendrán intervenciones diferenciadas en función de la edad pero integradas y coherentes a lo largo de toda la vida y comprenderán, de manera explícita, acciones específicas para la promoción de un envejecimiento sano y activo y para la prevención de la dependencia funcional.

Es necesario también desarrollar indicadores nuevos, tanto para riesgos ya conocidos pero insuficientemente

monitorizados, como la dependencia funcional y sus determinantes, como para otras afecciones emergentes (los padecimientos demenciales y la fragilidad). Para lograrlo se requiere invertir específicamente en la creación de una unidad de información y análisis sobre envejecimiento y salud.

Para el desarrollo del plan de acción a continuación planteamos los retos clave, los principios básicos y las acciones inmediatas que se proponen a partir de la información vertida en los capítulos precedentes.

Los retos sociales y de política pública en general

1. Asegurar el fortalecimiento del marco jurídico y su aplicación para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las personas adultas mayores.
2. De la misma manera como con la perspectiva de género, introducir la perspectiva de edad o gerontológica en el conjunto de las políticas públicas, como una forma de garantizar la atención del envejecimiento desde todos los ángulos del desarrollo humano.
3. Lograr un trabajo interinstitucional efectivo y eficiente que evite duplicar programas y que en consecuencia reduzca costos y tenga mayor impacto en la población. De manera paralela, fortalecer la capacidad institucional para la efectiva implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas.
4. Seguir avanzando en la reducción del déficit social y las desigualdades económicas y sociales, ya que conforman una fuente de muerte prematura y años de vida saludable perdidos.
5. Desarrollar un sistema de evaluación permanente, a partir de una metodología consensada entre las instituciones líderes en la materia.

Retos en salud

1. Desarrollar un programa de promoción del envejecimiento sano y activo con énfasis en la preservación de la funcionalidad y de la calidad de vida al envejecer.
2. Formular un nuevo modelo de atención médico-social con base en la comunidad, que tome en cuenta las especificidades locales, de género y condición funcional y cuya construcción contribuya a la preservación de la autonomía del adulto mayor o posibilite la atención de la dependencia funcional en su caso. El soporte ha de darse independientemente

de la condición laboral o adscripción a la seguridad social.

3. En el muy corto plazo, formar y capacitar a los profesionales de la salud necesarios para la atención y el cuidado de las personas mayores.
4. Disminuir las insuficiencias en el Sistema Nacional de Salud para la atención de la enfermedad crónica y de la dependencia, pues prevalece aún el modelo de atención centrado en el hospital y en la atención de la enfermedad aguda; habrá que desarrollar unidades de enlace y alternativas a la hospitalización.
5. Anticipar, y sobre todo prever, el financiamiento necesario para dar respuesta a la presión creciente sobre el sistema de salud en razón del costo inherente a la elevada incidencia de enfermedades crónicas y el rápido envejecimiento de la población.

Los principios básicos

Estos principios se inspiran en las recomendaciones del relator sobre el Derecho a la Salud de las Personas Mayores de la ONU²⁹ y el Plan de Acción Regional de la Organización Panamericana de la Salud,¹⁵ que nos dan una perspectiva de derechos humanos que reconoce al adulto mayor como sujeto de derechos y obligaciones más que como objeto de beneficencia.

1. Las personas adultas mayores conforman un **capital social** de gran valor, su adecuada inclusión en la sociedad, así como el reconocimiento y ejercicio pleno de sus derechos, propiciará la generación de modelos de atención y políticas públicas incluyentes y sustentables.
2. El **respeto a su autonomía**, a su dignidad y a la posibilidad de participación debe privilegiarse.
3. **Nunca es demasiado pronto ni demasiado tarde para promover la salud** y cambios en el estilo de vida; invertir en prevención y promoción de la salud es más redituable que restaurar la salud perdida.
4. Más que la búsqueda de la plena curación, reconocemos la **calidad de vida como el objetivo fundamental**. Desde esta visión, recuperamos la tradición hipocrática donde lo importante no es sólo curar sino también cuidar y confortar.
5. Reconocemos el **poder del conocimiento** como herramienta de política pública y recomendamos

que las decisiones se tomen a partir de información basada en la evidencia.

6. Reconocemos la **multiculturalidad de la población mexicana** y la necesidad de establecer estrategias gerontológicas para los diferentes grupos étnicos en los distintos ámbitos del país.
7. Es necesario contar con **programas diferenciados** para los distintos grupos funcionales de adultos mayores: tanto para las personas mayores sanas, como para aquellas frágiles y para quienes están enfermos o son dependientes. Dichos programas deben tomar en cuenta las diferencias de género que se acentúan en la vejez.
8. Para mejorar la salud es obligado incidir sobre sus **determinantes sociales** y sobre aquellos que incrementan las condiciones de vulnerabilidad a lo largo de la vida de los individuos.
9. Las **intervenciones preventivas tempranas y sostenidas** a lo largo del curso de la vida contribuirán a mejorar la calidad del envejecer y a diferir la dependencia funcional.
10. Reconocemos la importancia del **trabajo de los cuidadores**, tanto los formales como los informales, por lo que es necesaria su permanente capacitación y su reconocimiento como socios activos en el cuidado del adulto mayor dependiente.
11. Reconocemos el papel de la sociedad civil organizada en los **cuidados a largo plazo** y recomendamos el desarrollo de una legislación que por un lado les permita ampliar sus acciones y que además posibilite su crecimiento; pero que también contribuya a homologar la calidad de los servicios que proporcionan.
12. Recomendamos la **capitalización del potencial humano de los adultos mayores** como mentores y promotores de la salud tanto de sus pares como de las generaciones más jóvenes.
13. Deben desarrollarse **nuevos indicadores para la métrica de la salud** de los adultos mayores, en particular, la esperanza de vida en salud y otros más que sirvan para identificar oportunamente condiciones de fragilidad y de vulnerabilidad.

Para enfrentar los retos y bajo los principios básicos que anteceden, es posible plantear las siguientes estrategias para dar una respuesta ordenada desde el sector salud:

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

Las líneas estratégicas

Línea estratégica 1: adecuar el Sistema Nacional de Salud a los retos asociados con el envejecimiento poblacional y las nuevas necesidades de atención de las personas mayores. Un programa de salud del adulto mayor basado en la atención primaria con un enfoque de curso de vida, y con intervenciones diferenciadas para los adultos mayores sanos, para los frágiles y para aquellos en situación de dependencia funcional, permitirá desarrollar adecuadamente la implementación de acciones desde etapas tempranas de la vida, lo que contribuirá a asegurar un envejecimiento saludable y activo.

Línea estratégica 2: formar y capacitar a las personas necesarias para satisfacer las necesidades de atención a las personas mayores. El sistema de salud ha de responder al reto de brindar atención a un usuario con características y necesidades diferentes a las usuales. Para conseguirlo, los trabajadores del sector requieren de nuevas competencias que le permitan responder a las necesidades de atención de los diversos grupos (adultos mayores sanos, frágiles y dependientes) de este sector de la población.

Línea estratégica 3: perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para el desarrollo y evaluación de las acciones que mejoren la salud de la población mayor. El envejecimiento exige eficiencia, efectividad y calidad a las instituciones, los sistemas y servicios de salud. Abordar este reto hace necesario que las instituciones académicas y de investigación asuman un papel activo en la producción de nuevos conocimientos y evidencias que informen las decisiones relacionadas con la salud de las personas mayores. Los mecanismos de información adecuados y sus productos permitirán el monitoreo, evaluación y supervisión, así como la adecuación de planes y estrategias.

Línea estratégica 4: desarrollar un mecanismo para la coordinación intersectorial que permita el uso eficiente de los recursos para la atención médico social. Es deseable llegar a establecer una vinculación entre los servicios médicos y sociales dirigidos a las personas mayores. Para ello es indispensable la coordinación intersectorial. El ejemplo que ofrece la actual operación coordinada de los programas Oportunidades y Seguro Popular constituye un modelo a seguir.

Línea estratégica 5: la salud de las personas mayores en la política pública y su adecuación

a los instrumentos internacionales. En particular el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el marco político de la OMS sobre envejecimiento activo y el Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable de la Organización Panamericana de la Salud.

Los objetivos, metas, actividades generales y específicas de cada área estratégica se describen en detalle en la Tabla 1.

Este documento describe la situación de los adultos mayores en México, al tiempo que explora la transición demográfica, la seguridad económica de los adultos mayores, su estado de salud y el gasto en salud. La meta de esta sección final es proponer políticas, acciones específicas y áreas de investigación futura.

La información contenida en este texto y las recomendaciones planteadas buscan ampliar las oportunidades para que los adultos mayores mexicanos conserven la salud al envejecer. La situación actual del envejecimiento en México merece atención inmediata. La sociedad mexicana ya no puede permitirse tan sólo el procurar la supervivencia de sus ciudadanos hasta edades avanzadas. Debe ahora promover el envejecimiento sano y activo de la población, que es susceptible de planificarse y de apoyarse al igual que cualquier otra etapa de la vida de las personas. La planificación de una vejez sana y activa implica poner en marcha programas de promoción, servicios de prevención y diagnóstico oportuno en el ámbito de la atención primaria de la salud con esta orientación, mucho antes de que comience el envejecimiento.

La expectativa real de una vida sana y activa para las personas mayores obliga a reformular el concepto de “envejecimiento” como carga y como deficiencia que prevalece aún en la sociedad mexicana, y en su lugar destacar la participación actual de las personas mayores en los ámbitos social, económico, cultural y cívico; así como en su contribución continuada en el seno de la sociedad, particularmente en la transmisión de los valores a través de las generaciones y durante un período más prolongado de la vida.

La promoción y protección de los derechos humanos de nuestros mayores debe ser una preocupación para todos, porque el envejecimiento es un proceso que todos habremos de experimentar. Las personas mayores son especialmente vulnerables como grupo, debido a las ideas estereotipadas y falsas de que son

un segmento “caduco” de la sociedad. Sin embargo, conforme la esperanza de vida aumenta y la salud mejora, las personas permanecemos funcionales y activas durante más tiempo que nunca, tanto en el

campo profesional como en la comunidad. El alentar y apoyar a las personas mayores para mantenerse activas durante el mayor tiempo posible tendrá beneficios para la sociedad en su conjunto.

Tabla 1. Plan de acción en envejecimiento y salud

Línea estratégica 1: Adecuar el Sistema Nacional de Salud a los retos asociados con el envejecimiento poblacional y las nuevas necesidades de atención de las personas mayores. Un programa de salud del adulto mayor basado en la atención primaria con un enfoque de curso de vida, y con intervenciones diferenciadas para los adultos mayores sanos, para los frágiles y para aquéllos en situación de dependencia funcional, permitirá desarrollar adecuadamente la implementación de acciones desde etapas tempranas de la vida, lo que contribuirá a asegurar un envejecimiento saludable y activo.

Objetivo 1.1 Diseñar estrategias de prevención y promoción de la salud que comprendan intervenciones para la modificación del estilo de vida y la adecuación del entorno para alcanzar un envejecimiento sano y activo con una perspectiva de curso de vida

| | |
|--------------------|---|
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> Para el 2014 el Sistema Nacional de Salud desarrollará acciones específicas, nacionales y locales, para la promoción de conductas y entornos saludables. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> Adoptar un enfoque de acción intersectorial en la promoción del envejecimiento sano y activo. Diseñar un modelo preventivo y de promoción de la salud bajo el modelo de núcleos gerontológicos, que incorpore estrategias para alcanzar un envejecimiento activo durante todo el ciclo de vida para mejorar las condiciones y esperanza de vida en salud permaneciendo en la comunidad. Promover el desarrollo del modelo de núcleos gerontológicos a través de proyectos con presupuesto específico para la promoción y protección de la salud de las personas mayores con el apoyo de promotores comunitarios, idealmente las propias personas adultas mayores. Desarrollar un programa de educación para la salud promoviendo el envejecimiento saludable desde la educación básica y media superior, para asegurar que las siguientes generaciones tengan información y sensibilización del tema y que incorporen estilos de vida saludable, no sólo para mejorar su salud, sino para lograr una mayor esperanza de vida en condiciones favorables. Desarrollar lineamientos específicos para elaboración de estrategias de comunicación y movilización social sobre comportamientos y entornos de vida saludables. Difundir información útil para la promoción de conductas saludables a través de medios masivos de comunicación, del sistema escolarizado, de organizaciones públicas y privadas. Vincular los programas de regulación de la industria alimentaria y las iniciativas de este sector para la difusión de mensajes al consumidor en favor de una buena nutrición. Vincular los programas de prevención y control de enfermedades crónicas mayores de las instituciones de salud para la promoción de programas para un envejecimiento sano y activo. Promover el movimiento de ciudades amigas del adulto mayor en el ámbito nacional y su adecuación a las particularidades de la región. Incluir metas específicas para la prevención de la discapacidad de la persona mayor dentro del Programa de Acción de Promoción de Salud. Incorporar temas sobre el envejecimiento sano y activo en los programas de estudio de las profesiones de la salud. |

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

| | |
|---------------------|--|
| Objetivo 1.2 | Intervenir para reducir la brecha de longevidad causada por la desigualdad social en poblaciones en situación de desventaja |
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> Para el 2014 contaremos con una estrategia en ejecución destinada específicamente a la población en situación de desventaja para promover su envejecimiento sano y activo. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> Continuar con un programa nacional de micropensiones no contributivas y a través de una agenda que siga favoreciendo la educación, el desarrollo social y la reducción de la pobreza. Promover el combate a la discriminación por edad en todos los ámbitos. Impulsar a la seguridad social adecuando el modelo a las nuevas circunstancias, pero manteniendo su objetivo: “la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez y muerte, incluyendo la asistencia médica” [OIT] y en el que se deberá promover la inclusión de prestaciones para cuidados de largo plazo. Fortalecer el sistema de protección social en salud, en la dirección de generalizar la satisfacción de los derechos universales y básicos por el simple hecho de ser ciudadanos. Generar un catálogo de acciones de prevención con perspectiva de curso de vida y terapéuticas específicamente geriátricas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES del Seguro Popular y en los programas del IMSS e ISSSTE. Integrar al sistema de salud a los migrantes que regresan a México. Informar a las personas mayores en situación de desventaja sobre sus derechos y darles a conocer las formas de acceder a los servicios y lugares adecuados en caso de necesidad, en particular al ser víctimas de maltrato o discriminación. Geriatrizar al conjunto de los servicios de salud que atienden a adultos mayores en este contexto a través de la adaptación del entorno, la capacitación de los profesionales en temas de envejecimiento y salud y la introducción de protocolos de promoción de la salud, prevención e intervención específicos para síndromes geriátricos. |
| Objetivo 1.3 | Fortalecer la gestión clínica de la enfermedad crónica y la comorbilidad en las personas mayores |
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> Para el 2016 al menos 75% de los programas de prevención y guías clínicas para el manejo de enfermedades crónicas en México contarán con requerimientos específicos basados en evidencias, y adecuados a las particularidades de los distintos grupos funcionales de personas mayores (sanos, en condición de fragilidad o dependencia funcional). |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> Incluir los problemas de salud y enfermedades degenerativas con alto impacto epidemiológico en el Programa Nacional de Enfermedades Crónicas incluidos el síndrome de caídas, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Considerar las particularidades y necesidades específicas de las personas mayores en razón de la elevada prevalencia de comorbilidad, condición de fragilidad o dependencia funcional, en el diseño de los programas y servicios especializados para el manejo de la enfermedad crónica. Crear, adaptar y difundir herramientas para la elaboración de programas integrales y protocolos de manejo basados en evidencia, de enfermedades crónicas y síndromes geriátricos. |

| | |
|---------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar, adecuar e implementar guías de práctica clínica basadas en evidencia para elaborar los programas integrales y protocolos de prevención y manejo de las enfermedades crónicas y síndromes geriátricos. • Actualizar la Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor y generalizar su utilización para el examen periódico de salud y la detección oportuna de riesgos y daños, y para el seguimiento a la atención de los problemas de salud intercurrentes. • Incluir las particularidades y necesidades de las personas mayores en el diseño de las guías de práctica clínica para el manejo de enfermedades crónicas y síndromes geriátricos. • Considerar las particularidades y las necesidades de las personas mayores en el desarrollo de protocolos de manejo medicamentoso, con especial atención a los riesgos de polifarmacia e iatrogenia. |
| Objetivo 1.4 | Desarrollar servicios de calidad para las personas mayores en el nivel de atención primaria |
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> • Para el 2018 al menos 75% de los servicios de atención primaria contarán con una estrategia para optimizar sus servicios para los adultos mayores basados en el modelo propuesto por la OMS.¹⁵ De conformidad con la modificación a la Ley General de Salud impulsada por el poder legislativo en diciembre de 2011, considera los servicios dirigidos a las personas mayores como parte integral del Sistema Nacional de Salud desde el primer nivel de atención. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> • Promover el desarrollo de un programa de salud del adulto mayor basado en la atención primaria a fin de mantener la salud y prevenir discapacidades. • Incluir el envejecimiento activo como componente esencial en la estrategia de geriatrización de la atención primaria de salud. • Crear un programa de acreditación de la atención prestada al adulto mayor en atención primaria. • Elaborar y ejecutar un programa integral de promoción de la salud para personas mayores basado en la atención primaria, a partir de una detección sistemática de patología geriátrica. • Introducir y difundir herramientas de tamizaje y algoritmos de toma de decisión basados en evidencia. • Desarrollar un programa de capacitación e incentivos para mejorar la captación y retención del personal que trabaja con personas mayores y priorizar las áreas más relegadas (áreas rurales y de difícil acceso). • Propiciar el intercambio de buenas prácticas en programas de autocuidado para adultos mayores y de desarrollo de cuidadores formales e informales en el Instituto Nacional de Geriátrica. • Desarrollar una estrategia para mejorar el acceso a servicios, tecnologías de diagnóstico, medicamentos y prótesis para las personas mayores. • Ampliar y mejorar los criterios de equilibrio y distribución territorial de servicios y equipamiento para prevención, promoción y atención de la salud de la población adulta mayor. • Impulsar el desarrollo e implementación de un sistema coordinado de referencia y contra referencia hacia los servicios especializados de acuerdo con la complejidad de los problemas de salud. |

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

| Objetivo 1.5 Desarrollo de servicios de calidad para las personas mayores en el segundo y tercer nivel de atención bajo el modelo de Geriatría de enlace | |
|--|--|
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> Para el 2018 se logrará un incremento de 100% en el número de servicios especializados de atención geriátrica. Habrá de crearse un centro de atención diurna con equipo móvil multidisciplinario por entidad federativa destinado a desarrollar un modelo de Geriatría de enlace para el seguimiento del cuidado del adulto mayor dependiente. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de un modelo asistencial geriátrico de enlace en el segundo y tercer nivel de atención que asegure el seguimiento de la problemática de salud detectada en el primer nivel a lo largo del sistema. Crear el modelo de unidad de enlace geriátrico comunitario, basado en un centro de día dotado de un equipo interdisciplinario móvil (geriatra, enfermera especialista y trabajador social), la unidad será destinada a la valoración y asistencia geriátrica global de casos complejos identificados y referidos del primer nivel. Trabajar en la generación de un cambio de proceso de atención en salud, de tal manera que el foco de atención gire en torno a las necesidades de la persona. Generar una cultura de trabajo en equipo que propicie la coordinación entre niveles asistenciales, el predominio de la historia clínica entre los elementos estructurales de trabajo, y el respeto por los derechos y la dignidad de la persona. Impulsar el desarrollo e implementación de un sistema coordinado de referencia y contra referencia hacia los servicios especializados en función de la presencia de fragilidad o de la complejidad de los problemas de salud. Desarrollar nuevos servicios especializados a partir de la estrategia de inserción de equipos geriátricos móviles intra-hospitalarios para constituir Unidades de Enlace Geriátrico Intrahospitalarias (UEGI) que evolucionarán ulteriormente hacia servicios especializados. Introducir herramientas de tamizaje y algoritmos de toma de decisión basados en evidencia para la selección de casos susceptibles de beneficiarse del seguimiento geriátrico a través de las UEGI. Desarrollar un programa de capacitación e incentivos para mejorar la captación y retención del personal que trabaja con personas mayores y priorizar las áreas más relegadas (áreas rurales y de difícil acceso). |

| Objetivo 1.6 Crear y desarrollar un modelo asistencial de cuidados a largo plazo basado en la comunidad | |
|---|--|
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> Para el 2016 desarrollar la norma oficial mexicana relativa a los cuidados a largo plazo de adultos mayores dependientes a través de servicios domiciliarios y en institución. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar servicios comunitarios de atención a largo plazo, para enlazar la atención hospitalaria con la atención domiciliaria. Generar un diagnóstico de la dependencia funcional y sus costos. Generar estudios a nivel nacional sobre la carga que pesa sobre los cuidadores informales de los adultos mayores en nuestro país. Conocer la realidad de los cuidadores informales y las actividades que realizan para contar con información de primera mano sobre lo que se necesitaría cubrir con estrategias de apoyo social, personal y médico en casa. Contribuir a censar las instituciones existentes en apoyo al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Fomentar la creación de servicios de cuidados domiciliarios. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Implantar un sistema de evaluación multidimensional para optimizar la operación de las instituciones de cuidados a largo plazo. • Reglamentar estos servicios y fortalecer a los organismos regulatorios para asegurar el respeto de los derechos humanos de los asistidos. • Profesionalizar la atención en cuidados a largo plazo. Generar nuevos campos de desarrollo profesional y recursos humanos en el campo del apoyo social y personal para los adultos mayores. • Generar estrategias para el fomento de trabajo social y voluntario con el objetivo de apoyar a los adultos mayores a través de redes de colaboración. • Desarrollar un programa de apoyo a la dependencia destinado a los enfermos y sus familias. • Impulsar modificaciones a las leyes de seguridad social y del trabajo y previsión social para hacer compatibles las tareas de cuidados en el hogar con el trabajo formal. Se debe considerar incorporar derechos que permitan realizar cuidados a un familiar o cónyuge mayor dependiente y sin perder su remuneración. |
|--|---|

Línea estratégica 2. Formar y capacitar a las personas necesarias para satisfacer las necesidades de atención de las personas mayores. El sistema de salud ha de responder al reto de brindar atención a un usuario con características y necesidades diferentes a las usuales. Para ello los trabajadores del sector requieren de nuevas competencias que les permitan responder a las necesidades de atención de los diversos grupos (adultos mayores sanos, frágiles y dependientes) de este sector de la población.

Objetivo 2.1 Desarrollo de competencias para el conjunto del personal relacionado con la prestación de servicios de salud de las personas mayores

| | |
|--------------------|---|
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> • Para el 2016 todas las entidades federativas habrán implementado al menos un programa de capacitación de los trabajadores de la salud en temas asociados con el envejecimiento y la salud de las personas mayores. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> • Definir y difundir las competencias mínimas sobre salud y envejecimiento que requiere el conjunto del personal de salud no especialista del país. • Instaurar los programas necesarios para sensibilizar y capacitar a los profesionales de la medicina, a los cuidadores que no sean médicos y a la sociedad en general en lo que respecta al tratamiento de las personas mayores, y para prevenir y combatir la discriminación y el maltrato de estas personas. • Impulsar estrategias de avanzada en la capacitación de recursos humanos, aprovechando las nuevas tecnologías de la información y la colaboración interinstitucional. • Impulsar la inclusión de contenidos sobre envejecimiento durante la formación de pregrado y posgrado de todos los profesionales de salud y ciencias afines. • Promover la formación específica de los profesionales de la salud para identificar, prevenir, diagnosticar e intervenir en situaciones de maltrato y violencia familiar. • Revisar y definir las competencias y contenidos mínimos en Geriátrica y Gerontología para los profesionales y trabajadores de salud adecuados a las necesidades del país. • Crear una red académica docente basada en el Instituto Nacional de Geriátrica, que favorezca el fortalecimiento de la capacidad para desarrollar programas en envejecimiento y salud. • Crear una red educativa sobre una plataforma virtual, que complemente los programas vigentes de capacitación geriátrica. • Gestionar a través de las asociaciones de escuelas profesionales y la ANUIES los currícula de formación en envejecimiento y salud dirigidos a los diversos profesionales de la salud en formación para su inclusión en los correspondientes planes de estudio. |

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

| | |
|---------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar y ejecutar estrategias para la capacitación continua en salud y envejecimiento de profesionales y trabajadores de los servicios de cuidados a largo plazo. En particular con miras al desarrollo de un modelo con base en la comunidad. • Diseñar e implementar un plan de evaluación de competencias en la atención de salud de las personas mayores y su impacto en la salud de la población. |
| Objetivo 2.2 | Formar profesionales especialistas en Geriatría |
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> • Para el 2014 al menos duplicar el número de becas para la formación especializada en Geriatría. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar el ingreso de jóvenes médicos a los programas de formación especializada en Geriatría a través de la apertura de plazas para su inserción profesional dentro del Sistema Nacional de Salud. • Además de duplicar en dos años el número de plazas destinadas a la formación de especialistas en Geriatría, mantener la posibilidad de acceso al programa para los especialistas en Medicina Interna. • Promover el desarrollo del área de concentración específica en envejecimiento dentro de los programas de maestría y doctorado en Ciencias, Salud Pública e Investigación Clínica. |
| Objetivo 2.3 | Capacitar a otros actores involucrados en la salud de las personas mayores |
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> • Para el 2016 al menos 75% de las entidades federativas contarán con un programa de capacitación en salud dirigido a las personas mayores y a sus cuidadores. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> • Asesorar sobre la inclusión del tema de envejecimiento en los programas de capacitación de profesionales fuera del sector salud, mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación y la colaboración interinstitucional. • Incentivar el ingreso de jóvenes estudiantes a los programas de formación especializada en Ciencias de la Salud a través de la apertura de plazas para su inserción profesional dentro del Sistema Nacional de Salud. • Elaborar y difundir herramientas que mejoren las competencias de los agentes comunitarios y otros actores sociales involucrados en la atención de los adultos mayores. • Capacitar a las personas mayores para el autocuidado y como promotores, para la promoción de la salud en sus familias y entorno inmediato. • Crear becas para la formación de especialistas de enfermería y para otros paramédicos especializados en atención del adulto mayor. • Desarrollar estrategias de capacitación para el autocuidado en adultos mayores y de preparación para cuidadores formales e informales. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Formar promotores para el desarrollo integral gerontológico (PDIG), siguiendo un programa académico formal, considerando la educación continua y la certificación de la vigencia y pertinencia de los conocimientos impartidos. • Impulsar la orientación familiar para el manejo de los adultos mayores: los PDIG tienen los conocimientos suficientes para orientar y capacitar a los familiares, para que brinden los cuidados básicos para la atención y desarrollo integral del anciano sano y enfermo en el hogar. • Adaptar y aplicar herramientas que mejoren las competencias de los agentes comunitarios y otros actores sociales en temas de envejecimiento activo. • Incluir el tema de envejecimiento en los programas de capacitación de otros sectores relacionados con el sector salud. |

Línea estratégica 3. Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para el desarrollo y evaluación de las acciones que mejoren la salud de la población mayor. El envejecimiento exige eficiencia, efectividad y calidad a las instituciones, los sistemas y servicios de salud. Abordar este reto hace necesario que las instituciones académicas y de investigación asuman un papel activo en la producción de nuevos conocimientos y evidencias que informen las decisiones relacionadas con la salud de las personas mayores. Los mecanismos de información adecuados y sus productos permitirán el monitoreo, evaluación y supervisión, así como la adecuación de planes y estrategias.

Objetivo 3.1 Fortalecer la capacidad técnica del Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais) para el monitoreo y evaluación de la atención de salud a la población mayor

| | |
|--------------------|---|
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> Para el 2014 se habrá implantado un sistema de vigilancia y evaluación de la salud para las personas mayores. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un conjunto de indicadores de salud y envejecimiento —incluida la esperanza de vida libre de discapacidad— como medida resumen de la salud en la vejez. Promover y coordinar con los estados el registro y publicación anual de indicadores de salud asociados al envejecimiento. Promover el análisis periódico de la situación de salud de las personas mayores. Promover el uso de indicadores como la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad como medida resumen de la salud en la vejez. Implementar el análisis de la situación de la salud como vía para el desarrollo de intervenciones en salud pública basadas en evidencia. Asegurar la estratificación por edad de las estadísticas de salud. Diferenciar en el Sistema Nacional de Información en Salud (Sinais) la referencia a los grupos de edad acorde a la realidad presente, distinguiendo sistemáticamente al menos entre tres grupos: 60 a 75, 76 a 85 y 86 y más años de edad. Promover la inclusión de indicadores de funcionalidad y discapacidad en el sistema de estadísticas de salud. Para incorporar nuevos indicadores como la Esperanza de Vida en Salud y Libre de Discapacidad, habrá que desarrollar nuevas fuentes de información o institucionalizar la Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento en México. Fortalecer el Sinais para generar y analizar información sobre enfermedades no transmisibles desagregada por sexo, edad y nivel socioeconómico, con el propósito de avanzar en el desarrollo de políticas basadas en evidencia dirigidas a minimizar el impacto de la desigualdad y mejorar la salud de los adultos mayores. Fortalecer la capacidad técnica específica del Sinais para el monitoreo y evaluación de la atención de la salud de la población mayor con énfasis en los siguientes aspectos: salud mental, servicios en entornos amigables, nutrición, salud bucal, accidentes y caídas, maltrato, adicciones, polifarmacia y fármaco-vigilancia, discapacidad física y mental. Incluir en los sistemas de información indicadores sobre el acceso a los servicios y la calidad de la atención a las personas mayores. Generar mayor conocimiento sobre el tema del maltrato en personas mayores. Crear un registro de instituciones de cuidados a largo plazo tanto públicas como privadas. Diseminar información en un formato útil para la toma de decisiones, gestión de políticas públicas, programas y servicios de salud para mayores. Crear un reporte periódico (al menos cada dos años) sobre el estado de la salud del adulto mayor en México. |

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

| | |
|--|---|
| Objetivo 3.2 Impulsar la obtención y diseminación de la evidencia necesaria para adecuar las intervenciones en salud a la realidad nacional | |
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> La Encuesta de Salud y Nutrición comprenderá un módulo destinado a evaluar el estado de salud y nutrición del adulto mayor a partir de 2012. Para el 2014 se institucionalizará la ejecución periódica de la Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento en México (Enasem). |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> Crear un fondo intersectorial (salud, educación y desarrollo social) específico para investigación en envejecimiento. Incentivar y colaborar con la realización investigación en salud pública y envejecimiento por instituciones académicas y científicas. Fortalecer la red nacional de investigación en salud y envejecimiento, así como su participación en redes regionales. Promover el desarrollo de investigaciones en salud pública y envejecimiento en los ambientes rurales y que incluyan a poblaciones indígenas y de minorías. Desarrollar nuevas fuentes de información o institucionalizar la Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento en México (efectuado en 2001, 2003 y ahora en 2012), lo cual posibilitaría el acceso continuo a esta información. Completar el proceso de descentralización del Instituto de Geriatria para transformarlo en Instituto Nacional de Geriatria, lo que permitirá su ulterior desarrollo con crecimiento de la plantilla laboral y desarrollo de la infraestructura, para seguir fortaleciendo la investigación y avanzar en la obtención y diseminación de la evidencia necesaria para adecuar las intervenciones en salud del adulto mayor en el ámbito nacional, regional y local. |
| <p>Línea estratégica 4. Desarrollar un mecanismo para la coordinación intersectorial que permita el uso eficiente de los recursos para la atención médica social. Es deseable llegar a establecer una vinculación entre los servicios médicos y sociales dirigidos a las personas mayores. Para ello es indispensable la coordinación intersectorial. El ejemplo que ofrece la actual operación coordinada de los programas Oportunidades y Seguro Popular ofrece un modelo a seguir.</p> | |
| Objetivo 4.1 Fomentar la colaboración entre sectores, en el diseño de estrategias e intercambio de capacidades y recursos para implementar sus programas específicos sobre salud, envejecimiento y desarrollo social | |
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> Para el 2014 contaremos con al menos una instancia de coordinación intersectorial destinada a coordinar a los sectores salud y desarrollo social, con la participación del Sistema Nacional DIF para implementar sus programas específicos relativos al envejecimiento. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar una instancia de intercambio de experiencias en torno a la salud de las personas mayores. Esta instancia coordinaría los programas dirigidos a los adultos mayores que actualmente son operados por distintos sectores e instituciones, y promovería las reformas del marco jurídico y de las políticas orientadas al bienestar de este segmento de la población. Crear redes colaborativas de trabajo en salud, desarrollo social y envejecimiento a nivel nacional y local. Las instancias de colaboración serán el Instituto Nacional de Geriatria, el Sistema Nacional DIF y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, con la participación de las dependencias responsables de la operación de los programas de acción específicos en los sectores salud y social. La colaboración tendrá sustento legal. Vincular los programas de apoyo social y de protección social en salud de conformidad con los modelos vigentes. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Crear un régimen de protección social que posibilite a las personas mayores dependientes, el acceso a los cuidados a largo plazo, preferentemente domiciliarios. • Identificar a los socios potenciales y demás actores para las alianzas intersectoriales en relación al Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud y al Plan de Acción en Envejecimiento y Salud. • Diseñar y ejecutar una agenda de trabajo en torno al establecimiento de las alianzas y al desarrollo de éstas. |
|--|--|

Línea estratégica 5. La salud de las personas mayores en la política pública y su adecuación a los instrumentos internacionales. En particular el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el marco político de la oms sobre envejecimiento activo y el Plan de Acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable de la Organización Panamericana de la Salud.

Objetivo 5.1 Revisar las políticas, legislación, normas oficiales, programas y presupuestos de conformidad con los instrumentos sobre derechos humanos de acuerdo a los estándares internacionales

| | |
|--------------------|---|
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> • Para el 2014, contaremos con el desarrollo de una política de estado, una revisión del marco legal y un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> • Incluir la perspectiva de edad o perspectiva de envejecimiento en el conjunto de las acciones de política públicas. • Estimular proyectos con enfoque de edad, género y de interculturalidad en los servicios de salud para las personas mayores. • Proponer adecuaciones de la capacidad institucional para la efectiva implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, así como el efectivo ejercicio de los derechos de las personas mayores. • Implementar mecanismos para asegurar la participación permanente de las personas mayores en el diseño y evaluación de políticas, planes y estrategias. • Adecuar a los instrumentos internacionales e interamericanos mencionados a las políticas, legislaciones y marcos regulatorios nacionales. • Formular y ejecutar un plan nacional y programa de acción específico de saludo del adulto mayor debidamente presupuestado. • Continuar con el desarrollo de prestaciones sociales para personas mayores de 70 años y de mayor vulnerabilidad (pobres, frágiles, dependientes y residentes de zonas rurales). • Incluir acciones específicas de protección de la salud y mitigación de riesgos para personas mayores en los planes de prevención de situaciones de desastres. |

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

| | |
|---------------------|--|
| Objetivo 5.2 | Desarrollar del marco legal, normas oficiales y mecanismos de implementación para la protección de las personas mayores que requieren servicios de cuidado de largo plazo |
| Meta | <ul style="list-style-type: none"> • Para el 2016 México habrá establecido un marco legal y normativo basado en derechos humanos, independiente del relativo a la asistencia social (NOM 31), en relación a la atención de las personas mayores dependientes con necesidad de servicios de cuidados a largo plazo. |
| Actividades | <ul style="list-style-type: none"> • Revisar el marco legal de los mecanismos para la protección de los derechos humanos de las personas mayores que utilizan los cuidados a largo plazo y su adecuación a los instrumentos sobre derechos humanos de las Naciones Unidas e Interamericanos. • Desarrollar e implementar programas de formación dirigidos a profesionales de los cuidados de largo plazo que incluyan la aplicación de los instrumentos de derechos humanos. • Diseñar pautas y protocolos para la supervisión de las instituciones que brindan cuidados a largo plazo basadas en la NOM 31. • Asignar presupuesto y personal adecuado para las actividades de evaluación y mejora de servicios y cuidados a largo plazo. • Diseñar e implementar un sistema intersectorial para el cumplimiento de la normatividad en relación a la vigilancia, pertinencia y mejora de los servicios de cuidado a largo plazo públicos y privados que garanticen el bienestar de las personas mayores. • Elaborar directrices nacionales para regular y vigilar las prácticas de atención residencial, a fin de garantizar que las personas mayores reciban apoyo cuando hayan de tomar decisiones informadas en materia de atención de la salud, tomando como principal aspecto el reconocimiento y respeto a su dignidad humana y autonomía. • Instituir y aplicar mecanismos para garantizar que se exija el consentimiento libre e informado para cualquier tratamiento o cualquier otra intervención médica y que se garantice ese derecho a todos los pacientes, con independencia de su lugar de residencia, edad, de su condición y del tratamiento previsto. • Elaborar y aplicar mecanismos para proteger los derechos de las personas mayores cuando se las considere incapaces de prestar consentimiento informado a cualquier tratamiento o a cualquier otra intervención médica, debido a lesiones, enfermedades o dolencias crónicas como la demencia. • Desarrollar políticas y procedimientos para prevenir, denunciar y combatir el maltrato de las personas mayores y de sus cuidadores. |

Referencias

1. Gutiérrez-Robledo, L. M., Looking at the future of geriatric care in developing countries, *Journal of Gerontol*, MS 2002, 57A (3): M1-M6.
2. Gutiérrez-Robledo, L. M., La salud de los mexicanos: implicaciones para la salud del envejecimiento de la población en México. en Ruiz de Chávez, M. y Vázquez, C. (eds.), *La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*, México, Funsalzd, 2005.
3. Gutiérrez Robledo, L. M., México y la revolución de la longevidad, en Gutiérrez Robledo, L. M. y Gutiérrez Ávila, H. (eds.), *Envejecimiento humano, una visión trans-disciplinaria*, México, Instituto de Geriatria de los Institutos Nacionales de Salud, 2010: 21-36.
4. García-González, J. J.; García-Peña, C.; Franco-Marina, F. y Gutiérrez-Robledo, L. M., A frailty index to predict the mortality risk in a population of senior Mexican adults, *BMC Geriatrics*, 2009, 9: 47.
5. Partida, B. V., Proyecciones de la población de México 2005-2050, Consejo Nacional de Población, 2006. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/Proy05-50.pdf>.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo de población y vivienda 2010. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, México, INEGI, 2011.
7. Rodríguez Ábrego, G.; Escobedo de la Peña, J.; Zurita, G. B. y Ramírez, T. J., Esperanza de vida saludable en la población mexicana con seguridad social, *Perinatol Reprod. Hum.*, 2006, 20 (1-3): 4-18.
8. Ham-Chande, R., Esperanza de vida y expectativas de salud. Reunión Regional sobre Envejecimiento y Salud. Panamá, 2003. Disponible en: <http://cepal.org/celade/noticias/paginas/8/12138/RHam.pdf>.
9. Barrantes-Monge, M.; García-Mayo, E. J.; Gutiérrez-Robledo, L. M. y Miguel-Jaime, A., Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos, *Salud Pública Méx.*, 2007, 49 (Supl. 4): 459-466.
10. Dorantes-Mendoza, G.; Ávila-Funes, J. A.; Mejía-Arango, S. y Gutiérrez-Robledo, L. M., Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001, *Rev. Panam, Salud Pública*, 2007, 22 (1): 1-11.
11. Mejía-Arango, S. y Gutiérrez, L. M., Prevalence and Incidence Rates of Dementia and Cognitive Impairment No Dementia in the Mexican Population: Data From the Mexican Health and Aging Study, *Journal of Aging and Health*, 2011, 23 (7): 1050-1074.
12. Manuell Lee, G.; Gutiérrez Robledo, L. M. y Gutiérrez Ávila, H., Políticas de salud para los adultos mayores: Retos y prioridades, en Gutiérrez Robledo, L. M. y Gutiérrez Ávila, H. (eds.), *Envejecimiento humano, una visión trans-disciplinaria*, México, Instituto Nacional de Geriatria de los Institutos Nacionales de Salud, 2010: 379-386.
13. Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5131456&fecha=11/02/2010.
14. González-González, C.; Sánchez-García, G.; Juárez-Cedillo, T.; Rosas-Carrasco, O.; Gutiérrez-Robledo, L. M. y García-Peña, C., Health Care Utilization in the Elderly Mexican Population: Expenditures and Determinants, *BMC Public Health*, 2011, 11: 192.
15. World Health Organization, Towards age-friendly primary health care. (Active ageing series) (NLM classification: WT 31), WHO, 2004.
16. Gutiérrez-Robledo, L. M., Aging in developing countries, en *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. Pathy, J.; Sinclair, A. y Morley, J. (eds.), 4th ed., England, John Wiley Chichester, 2006: 1965-1976.
17. Mendoza-Núñez, V. M.; Martínez-Maldonado, M. L. y Correa-Muñoz, E., Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. *BMC Geriatrics*, 2009, 9: 40. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-9-40.pdf>.
18. Mendoza-Núñez, V. M.; Sánchez-Rodríguez, M. A. y Correa-Muñoz, E., Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario, México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, 2008: 47-66.

Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud

19. Gutiérrez Robledo, L. M. y Gutiérrez Ávila, H., La investigación sobre envejecimiento humano, un enfoque holístico, en Gutiérrez Robledo, L. M. y Gutiérrez Ávila, H. (eds.), Envejecimiento humano, una visión trans-disciplinaria, México, Instituto de Geriátrica de los Institutos Nacionales de Salud, 2010.
20. Remme, J. H.; Adam, T.; Becerra-Posada, F.; D'Arcangues, C.; Devlin, M. y Gardner, C., *et al.*, Defining research to improve health systems. PLoS Med 2010, 7 (11): e1001000. Disponible en: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001000>.
21. Orton, L.; Lloyd-Williams, F.; Taylor-Robinson, D.; O'Flaherty, M. y Capewell, S., The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review, PLoS One, 2011, 6 (7): e21704.
22. Pang, T.; Sadana, R.; Hanney, S.; Bhutta, Z. A.; Hyder, A. A. y Simon, J., Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems, Bull World Health Organ, 2003, 81 (11): 815-820.
23. Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México Enadis 2010. México, Conapred, 2011. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/redes/userfiles/files/Enadis-2010-PAM-Accss.pdf>.
24. Acuerdo por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa 70 y más, para el ejercicio fiscal 2011. *Diario Oficial de la Federación*, 31 de diciembre de 2010. Se amplió la cobertura del programa a localidades de hasta 30 mil habitantes.
25. Naciones Unidas, Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Publicación de las Naciones Unidas.
26. Aguilar, L., Gobernanza y Gestión Pública, México, Fondo de Cultura Económica, 2006.
27. Ospina, S., Construyendo capacidad institucional en América Latina: el papel de la evaluación como herramienta modernizadora. VII Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, 2002.
28. Estrategia regional sobre la salud de las personas mayores y el envejecimiento sano y activo. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce142-14-s.pdf>.
29. Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, 2011. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/18session/A-HRC-18-37_sp.pdf.

*Envejecimiento y salud:
una propuesta para un plan de acción,*

editado por la Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial, se terminó de imprimir en los talleres de Impresores Profesionales, S. A. de C. V., Calle 6 núm. 208-C, col. Agrícola Pantitlán, delegación Iztacalco, 08100, México, D. F. El tiro consta de 2 000 ejemplares impresos en offset, interiores en Bond blanco de 90 gr y forros en Couché brillante importado de 250 gr. Para su composición se utilizaron los tipos Garamond 11/13 pts. El cuidado de la edición estuvo a cargo de Leonel Rivera. Diseño y formación: Ricardo A. Álvarez V. Ilustración de portada: Oswaldo Hernández Garnica. Coordinación editorial: Sandra Luna, Erika Maya.

