



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

EL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACION PARA LOS ADULTOS MAYORES EN MEXICO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ACTUARIA

PRESENTA:

ELENA RAMIREZ GARCIA



DIRECTOR DE TESIS:

ACT. JOSE FABIAN GONZALEZ FLORES



2004

FACULTAD DE CIENCIAS
SECCION ESCOLAR



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ
Jefe de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito: "El Seguro de Cuidados de Larga Duración para los Adultos Mayores en México."

realizado por Ramírez García Elena

con número de cuenta 09710261-0 , quien cubrió los créditos de la carrera de: Actuaría

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
Propietario

Act. José Fabián González Flores

Propietario

Dra. María Edith Pacheco Gómez-Muñoz

Propietario

Act. Ricardo Sevilla Aguilar

Suplente

Act. Ricardo Villegas Azcorra

Suplente

Act. Marco Antonio Velázquez Vázquez

Consejo Departamental de Matemáticas

Act. Jaime Vázquez Alamilla

FACULTAD DE CIENCIAS
CONSEJO DEPARTAMENTAL
DE
MATEMÁTICAS

[Handwritten signatures and stamps, including a circular stamp with a signature over it]

A la memoria de mi abuela
Ofelia Varela Calvo
(q.e.p.d.)

Gracias a Dios por poner en mi camino a las personas correctas y permitirme cerrar exitosamente un ciclo más de mi vida.

Dedico este trabajo de tesis:

- ❖ A mis padres por su amor, su apoyo, su confianza, su orientación y consejo en todo momento. Gracias por hacer de mí la mujer que ahora soy. A Irma, mi madre, por su ejemplo de tenacidad, perseverancia y responsabilidad. A Héctor, mi padre, por enseñarme a creer en mí y a enfrentar la vida con fortaleza.
- ❖ A toda mi familia, en particular a mi tío José Ramírez Montiel. Gracias por quererme así y estar siempre presente.
- ❖ A Caín Arroyo Rosales por ser más que mi hermano. Gracias chiquito por tu amor, tu amistad y tu apoyo incondicional, junto a ti las alegrías y logros alcanzados se multiplican mientras que los momentos difíciles son más llevaderos.
- ❖ A la familia Arroyo Rosales por su cariño, apoyo y aceptación.
- ❖ A todos mis amigos de la Fac. Siempre llevaré en mi corazón y en mi recuerdo las vivencias compartidas. No menciono a cada uno por temor a dejar a alguien fuera.
- ❖ A todos mis maestros de la Universidad, quienes estarán siempre en mi mente evocando un pensamiento de gratitud. A Roli por sus súper clases ... gracias.
- ❖ A mi director de tesis y amigo, Fabián González, por su motivación y compromiso para con este trabajo.
- ❖ A la UNAM, con todo mi respeto y eterno agradecimiento por brindarme la formación académica que me permitirá servir a mi país.

Un agradecimiento especial:

- ❖ Al Act. Alberto Valencia Armas porque muy amablemente nos abrió las puertas de su oficina y nos brindó todo su apoyo.

- ❖ Al Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo por su intervención e interés en este trabajo. La información proporcionada y la discusión en torno al tema de tesis fueron muy enriquecedoras y de gran ayuda.

- ❖ A mis sinodales por su disposición y valiosos comentarios; los errores y omisiones son de mi responsabilidad.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	I
-------------------	---

CAPÍTULO I. EL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

1.1 La dependencia y sus implicaciones	
1.1.1 Dependencia y sociedad	1
1.1.2 El concepto y efecto del riesgo de dependencia.....	2
1.1.2.1 Demografía de la población expuesta al riesgo.....	2
1.1.2.2 Sociología de la población expuesta al riesgo.....	3
1.1.3 Clasificación general de la dependencia	4
1.1.4 Panorama y tendencia mundial hacia la protección de la dependencia.....	5
1.1.5 Los esquemas internacionales de protección de la dependencia.....	5
1.1.5.1 La clasificación de los países según sistema de protección	6
1.1.5.2 La OCDE y sus recomendaciones aplicables	7
1.1.6 Análisis de la dependencia y los adultos mayores en México	9
1.1.6.1 Características Socioculturales.....	10
1.1.6.2 Características Demográficas	10
1.1.6.2.1 Clasificación de la población por grupos de edad.....	10
1.1.7 Los adultos mayores y los derechos humanos.....	12
1.1.8 La gerontología social	12
1.2 El esquema de protección para los cuidados de larga duración y su regulación aplicable	
1.2.1 El seguro de cuidados de larga duración	13
1.2.1.1 Estructura de los seguros de dependencia en los países de la OCDE	14
1.2.1.2 Categoría de las personas protegidas	17
1.2.1.3 Condiciones para el otorgamiento de los beneficios.....	17
1.2.2 Marco legal aplicable al seguro de cuidados de larga duración en México	18
1.2.2.1 Causas y motivos de la regulación gubernamental del seguro de cuidados de larga duración	19
1.2.3 Esquema de protección de los adultos mayores en la seguridad social.....	19
1.2.4 Programas asistenciales del Gobierno Federal	20
1.2.4.1 Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	21
1.2.4.2 Instituto Mexicano del Seguro Social	21

CAPÍTULO II.
FACTORES CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS
DE LA DEPENDENCIA EN MEXICO

2.1	Los factores demográficos de la población adulta en México	
2.1.1	Esperanza de vida.....	23
2.1.2	Mortalidad	26
	2.1.2.1 Transformaciones de la mortalidad en adultos mayores	26
2.1.3	Envejecimiento de la población	27
2.1.4	Incrementos porcentuales y absolutos de la población en edades avanzadas	29
2.1.5	Hipótesis de la compresión de la morbilidad	32
2.1.6	Cuantificación de la dependencia.....	33
2.1.7	Riesgo de discapacidad en adultos mayores	36
2.2	Las Condiciones Epidemiológicas de los Adultos en Edades Avanzadas	
2.2.1	Diagnóstico de la población adulta mayor	36
2.2.2	Causas de muerte en la población adulta mayor	37
2.2.3	Distribución de muertes por sexo y grupo de edad en la población adulta mayor.....	37
2.2.4	Análisis de las principales enfermedades relacionadas con el envejecimiento.....	38
2.2.5	Consecuencias de enfermedades no mortales en adultos mayores.....	39
2.2.6	Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores	40
2.2.7	El proceso de dependencia	41
2.2.8	Valoración geriátrica de la funcionalidad	41
2.2.9	Políticas de salud relacionadas con el envejecimiento.....	43
2.3	Los Factores Económicos y Sociales en el Entorno de los Adultos Mayores	
2.3.1	Perfil de vida del anciano	45
2.3.2	Distribución de adultos mayores por actividad económica.....	46
2.3.3	Condición de trabajo y actividad de los adultos mayores	47
2.3.4	Distribución de adultos mayores por ingreso y condición de trabajo	48
2.3.5	Distribución de adultos mayores por nivel educativo	49
2.3.6	Los cambios en las pautas sociales y entornos de la familia.....	50
2.3.7	Vulnerabilidad económica y su manejo por tipo de actor	51
	2.3.7.1 El cuidador informal o familia	52
	2.3.7.2 El sector público	52
	2.3.7.3 El sector privado.....	53
2.3.8	Perspectivas para el corto, mediano y largo plazo	53

CAPÍTULO III.
FACTORES CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS DE LA DEPENDENCIA EN MEXICO

3.1 La naturaleza y Sujetos del Seguro de Cuidados de Larga Duración	
3.1.1 El propósito del Seguro	55
3.1.2 Mecanismo Operativo	56
3.1.3 Los sujetos amparados por el seguro. Análisis de la demanda	56
3.1.4 Condiciones para su otorgamiento. Análisis de la oferta	58
3.1.5 Cobertura de aseguramiento	59
3.1.6 Calidad de servicios	62
3.1.7 Satisfacción de asegurados.....	63
3.2 Condiciones Generales del Seguro de Cuidados de Larga Duración	
3.2.1 Las prestaciones del seguro	64
3.2.2 Prestaciones en forma de servicio	66
3.2.3 Periodos de espera y preexistencias	68
3.2.4 Selección adversa al riesgo y exclusiones	69
3.2.5 Reembolso de gastos	70
3.2.6 Pago de un subsidio	71
3.2.7 Aportaciones de cuotas gubernamentales y patronales	71
3.2.8 La prima de riesgo del seguro	72
3.2.9 Fiscalidad	74
3.2.10 Vigencia de las prestaciones de servicios derivados del seguro	75
3.2.11 La terminación del seguro	76
3.2.12 El modelo mixto	77
3.3 Los Preceptos Rectores del Modelo Complementario de Seguridad Social	
3.3.1 Los papeles y responsabilidades del sector privado y del sector público	77
3.3.2 Información y educación al público	79
3.3.3 Los ingresos y financiación	80
3.3.4 La provisión de cuidados formales e informales.....	81
3.3.5 Infraestructura y asistencia sanitaria de cuidados de larga duración.....	82
3.3.6 La tecnología actual y futura.....	86
CONCLUSION	88
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	91
GLOSARIO DE TERMINOS	92

BIBLIOGRAFÍA	96
---------------------------	----

ANEXOS	101
---------------------	-----

ÍNDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

Cuadros

Cuadro I.1. Clasificación de Países según Sistema de Protección	6
Cuadro I.2. Países miembros de la OCDE	7
Cuadro I.3. Instituciones del sector salud que cuentan con servicio de geriatría.....	9
Cuadro I.4. Modelos de protección de la dependencia en el ámbito internacional.....	14
Cuadro II.1. Esperanza de Vida al Nacimiento en México, 1950-2050.....	24
Cuadro II.2. Esperanza de Vida a los 60 años en México, 2000-2050	25
Cuadro II.3. Esperanzas de vida activa y con discapacidad,.....	26
Cuadro II.4. Edad media de la población, 2000-2050.....	27
Cuadro II.5. Proporción de personas de 65 años y más en México, 1995-2050	29
Cuadro II.6. Población media adulta mayor por sexo y grupos quinquenales de edad, 1995-2050.....	30
Cuadro II.7. Población media adulta mayor por sexo y grupos quinquenales de edad, 1995-2050.....	31
Cuadro II.8. Incremento anual de personas adultas mayores	32
Cuadro II.9. Población de 60 años y más según categoría de incapacidad	34
Cuadro II.10. Porcentajes sobre dependencia funcional en ABVD, según variables demográficas	35
Cuadro II.11. Porcentaje de los adultos mayores que padecen	35
Cuadro II.12. Principales causas de muerte entre la población de 60 años o más y sus proporciones, 1980-2000.....	37
Cuadro II.13. Principales causas de muerte por edad y sexo de la población adulta mayor, 2000	38
Cuadro II.14. Esperanza de vida por grupos quinquenales de edad.....	40
Cuadro II.15. Edad promedio a la muerte según cinco de las	40
Cuadro II.16. Principales cuestionarios o escalas de valoración funcional.....	42
Cuadro II.17. Políticas específicas para la atención de adultos mayores	44
Cuadro II.18. Tasas de participación económica y tipo de ocupación	46
Cuadro II.19. Distribución de los adultos mayores ocupados por sector económico, 2000	47
Cuadro II.20. Distribución porcentual de los adultos mayores ocupados	47
Cuadro II.21. Distribución de adultos mayores según ingreso por trabajo en salarios mínimos	48

Cuadro II.22. Ingreso y proporción de ingreso por fuentes y grupos de edad	48
Cuadro II.23. Distribución porcentual de los adultos mayores por nivel educativo, 2000	50
Cuadro II.24. Distribución de los adultos mayores por tipo de hogar* según condición de decehobiancia a seguridad social, 2000	50
Cuadro II.25. Porcentaje de empleados u obreros según condición de prestaciones, 2000	52
Cuadro III.1. Tasas de prevalencia de incapacidad, según edad y sexo (%).....	57
Cuadro III.2. Población incapacitada a mitad de año, por gpos. quinquenales de edad y sexo, 2000-2020.....	58
Cuadro III.3. Equipamiento dirigido a los adulto mayores en el INAPAM.....	84
Cuadro III.4. Servicios Asistenciales de Atención a Adultos Mayores	85

Gráficas

Gráfica I.1. Teoría de la Transición Demográfica	3
Gráfica I.2. Uso del servicio de cuidados de larga duración por parte de las personas	8
Gráfica II.1. Esperanza de Vida al Nacimiento en México, 1950-2050	24
Gráfica II.2. Esperanza de Vida a los 60 años en México, 2000-2050	25
Gráfica II.3. Grandes grupos poblacionales, 2000-2050.....	28
Gráfica II.4. Pirámides de población a mitad de año, 2000 y 2050	29
Gráfica II.5. Incremento anual absoluto de personas adultas mayores, 2000-2050.....	32
Gráfica II.6. Distribución porcentual de la población adulta mayor discapacitada	35
Gráfica II.7. Esquema de Nagi	41
Gráfica II.8. Tasas específicas de participación económica por edad y sexo, 2000	47
Gráfica II.9. Índice de dependencia de los mayores de 65 años de edad, 2000-2050.....	49
Gráfica III.1. Esquema del programa PREVENIMSS y su contenido para la atención a los adultos mayores.....	61
Gráfica III.2. Gasto público en cuidados de larga duración, como porcentaje del PIB, en países seleccionados de la OCDE, 2000	80

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta tesis es estudiar la viabilidad financiera y actuarial, así como las características de un sistema de aseguramiento de cuidados de larga duración para personas mayores de 65 años, en respuesta al creciente fenómeno del envejecimiento poblacional que está teniendo lugar en todo el mundo.

La dependencia, definida como la situación de aquellas personas que de algún modo ya no pueden valerse por sí mismas para realizar sus actividades de la vida diaria, es un tema incipiente en México y observando las tendencias socioculturales y la transición epidemiológica que viven los países desarrollados, es importante establecer un precedente al respecto que permita analizar el diseño y evaluar la implementación del Seguro de Cuidados de Larga Duración en nuestro país.

El estudio se presenta a *grosso modo* en tres capítulos que estiman la existencia de esta problemática a largo plazo; señalan las condiciones que imperan en este momento y a partir de las cuales se plantea una solución para mitigar este riesgo social y demográfico.

En el capítulo I se define el riesgo estudiado y se plantea el contexto actual en México, es decir, se da una visión general de los esquemas de protección y de seguridad social. Debido a la falta de antecedentes sobre el seguro de dependencia en nuestro país, se analiza el ámbito internacional, para que el lector pueda tener un panorama mundial del problema, sus circunstancias y efectos.

En el capítulo II se exponen los fundamentos demográficos, epidemiológicos, sociales y económicos considerados dentro de este trabajo. Con base en esta información, se argumenta la necesidad de diseñar e implementar el seguro de cuidados de larga duración.

En el capítulo III se propone la estructura técnica de este seguro para nuestro país. Se establecen los principios rectores para el planteamiento del seguro de cuidados de larga duración como un mecanismo complementario a los ramos de aseguramiento de la

seguridad social, diseñado como un modelo mixto financiado por el Gobierno, la industria aseguradora y el sector informal.

Finalmente se presentan las conclusiones para que el lector pueda formular su propia opinión, y de esta manera abrir la discusión pública respecto a la instrumentación del seguro de cuidados de larga duración en México, así como el planteamiento de que un sistema mixto es la mejor opción de financiamiento.

CAPÍTULO I.

EL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACION

1.1 La dependencia y sus implicaciones

1.1.1 Dependencia y sociedad

En su concepto más amplio la dependencia se define como aquella situación en la que una persona, por razones ligadas a la falta o pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, precisa de ayuda de terceras personas para realizar sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como bañarse, vestirse, ir al baño, desplazarse, alimentarse y continencia, y/o instrumentales (AIVD) como usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos; entendiéndose que la dependencia no se refiere solamente a criterios funcionales o clínicos, sino que incluye aspectos somáticos, psicológicos y socioculturales, se consideran personas dependientes: un minusválido físico o psíquico; un convaleciente de enfermedad o accidente; un toxicómano avanzado; un anciano que no puede valerse por sí mismo¹. Sin embargo, para efectos de este estudio el concepto de dependencia, se limitará a las personas mayores que requieren cuidados de larga duración, es decir, se entenderá como un riesgo deveniente de los cambios propios del envejecimiento.

La sociedad actual está envejeciendo y el modelo de familia tradicional, llamada alguna vez el “gigantesco amortiguador de la sociedad”, está cambiando de forma importante; hace algunas décadas el porcentaje de las personas de la tercera edad era pequeño y sus necesidades eran resueltas y costeadas por la comunidad sin que ello representara una carga económica; no obstante con el aumento mundial de la población mayor de 65 años, sus requerimientos se han

¹ González J. *La Dependencia. ¿el nuevo riesgo a proteger por la seguridad social?*. 2003; Rivera J. *El seguro de dependencia. El envejecimiento de la población y su repercusión en el estado de bienestar*.

convertido en un verdadero problema social; inclusive en algunos sectores rurales, donde la ancianidad históricamente ha representado posesión de *status*.

1.1.2 El concepto y efecto del riesgo de dependencia

En nuestros días la vejez ya no es una contingencia sino una certeza, sin embargo, la incapacidad funcional en una edad avanzada se considera un riesgo porque es un evento fortuito, cuya ocurrencia es posible en un tiempo futuro e incierto y sus efectos pueden causar un daño directo a la persona y a sus bienes patrimoniales; desde el punto de vista causal se trata de un riesgo puro o estático, ya que de ocurrir sólo produce pérdidas en los intereses de los individuos.

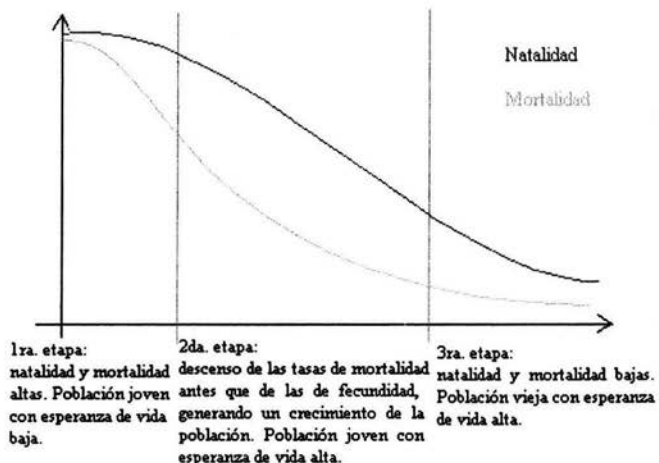
Si bien es cierto que no todos necesitaremos de atención por situaciones de dependencia y si necesitaremos de una pensión jubilatoria como compensación a nuestras aportaciones durante nuestra vida laboral activa; también lo es que no se puede pretender enfrentar tal contingencia con nuestra pensión y/o ahorros debido al excesivo costo que representa.

1.1.2.1 Demografía de la población expuesta al riesgo

En México, como en la mayoría de las experiencias demográficas del mundo, el sector de la población envejecida es el que tiene mayores tasas de crecimiento. Este envejecimiento poblacional se da tras la acción combinada de dos transiciones fuertemente relacionadas: la demográfica y la epidemiológica. La primera se refiere a los cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de las bajas en la fecundidad y la mortalidad (Gráfica I.1); la segunda, al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes.²

² Ham R. *El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México*. Salud Pública México. 1996

Gráfica I.1. Teoría de la Transición Demográfica



Fuente: Pacheco Gómez-Muñoz, Ma. Edith. Apuntes de clase. UNAM. 2002

La importancia de este fenómeno radica en que al llegar más individuos a edades avanzadas, el número de dependientes también aumentará ya que son esas personas que sufren del “envejecimiento del envejecimiento” quienes manifiestan mayormente padecimientos crónico-degenerativos, principales causantes de incapacidad a partir de los 75 años.

1.1.2.2 Sociología de la población expuesta al riesgo

Diversos factores socioculturales están reduciendo cada vez más las posibilidades de que las personas mayores, y más aun aquellas que son dependientes, sean atendidas por sus familiares.

Estos factores son³:

- Descenso de la media de personas por hogar:* Producido principalmente por la reducción progresiva del tamaño de la familia y la movilidad geográfica de sus miembros por cuestiones de trabajo o estudios.
- Aumento de divorcios:* Cambios en las relaciones sociales y de pareja, desde toma de decisiones hasta conflictos en la misma.

³ De la Peña J. *Impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia.* 2003; González J. *La Dependencia, ¿el nuevo riesgo a proteger por la seguridad social?.* 2003; Rivera J. *El seguro de dependencia. El envejecimiento de la población y su repercusión en el estado de bienestar.*

- c. *Inserción de la mujer en la fuerza de trabajo*: El cuidado familiar presupone que el cuidador es una mujer, lo cual suele generar frustración y resentimiento ante la falta de ayuda de los demás miembros de la familia y la imposibilidad de trabajar como un proyecto personal. Por lo tanto con la incorporación del sexo femenino en el mercado laboral el mecanismo de asistencia informal cambiará.
- d. *Evolución del concepto de familia*: Considerando que la familia extensa era todo menos móvil, se obligó el replanteamiento de una unidad familiar reducida y portátil; en la actualidad el modelo *standard* aprobado en todas las sociedades industriales es el de la familia nuclear⁴: padre, madre, pocos hijos y “sin parientes molestos”. Y desde ese momento han surgido diversas alternativas familiares: madre/padre soltera(o), la “familia agregada” formada por las relaciones entre parejas divorciadas, hogar tipo “nido vacío” integrado por una pareja de ancianos e incluso la “familia atómica” o monoparental (personas que viven solas).

1.1.3 Clasificación general de la dependencia

En la dependencia se distinguen básicamente tres niveles⁵:

Nivel I. Dependencia moderada: Supone un mínimo de 90 minutos diarios de asistencia, para dos tareas en el ámbito de la higiene corporal, la alimentación y la movilidad. Y varias veces a la semana, cuando requieren ayuda para llevar a cabo tareas domésticas. Implica servicios con periodicidad de varias veces a la semana pero no varias veces al día.

Nivel II. Dependencia grave: Supone un mínimo de 3 horas diarias de asistencia, tres veces al día, para realizar tareas en el ámbito de la higiene corporal, la alimentación y la movilidad. Y varias veces a la semana, cuando requieren ayuda para llevar a cabo tareas domésticas. Implica servicios con periodicidad diaria pero no constante.

⁴ Fue en el periodo presidencial de Luis Echeverría Álvarez (1970-1975), donde se inició la promoción del *slogan* “la familia pequeña vive mejor”.

⁵ Rivera J. *El seguro de dependencia. El envejecimiento de la población y su repercusión en el estado de bienestar*.

Nivel III. Dependencia muy grave: Supone un mínimo de 5 horas diarias de asistencia, de forma que precisan ayuda para realizar sus tareas de higiene corporal, alimentación y movilidad, durante todo el día. Y varias veces a la semana, cuando requieren ayuda para llevar a cabo tareas domésticas. Implica servicios con periodicidad a intervalos cortos, constantes o casi constantes.

1.1.4 Panorama y tendencia mundial hacia la protección de la dependencia

Históricamente la situación de dependencia ha sido resuelta por la familia; sin embargo se prevé que este riesgo social evolucionará hacia los servicios prestados por entidades públicas o privadas ante la fragilidad del modelo familiar, que hace frente a los cuidados informales derivados de esta contingencia social del envejecimiento.

En varios países, principalmente de la Comunidad Europea, existen algunos sistemas de seguridad social y seguro privado que cuentan con un conjunto de prestaciones para cubrir este riesgo; no obstante, ninguno proporciona la atención integral necesaria y adecuada para contrarrestar dicho problema, aunque considerarlo como tal es ya un gran avance. A diferencia del régimen de pensiones, cuya principal preocupación es el impacto del envejecimiento poblacional sobre el gasto público, el punto central de la dependencia es determinar el grado de participación gubernamental en la cobertura⁶, debido a que la actuación del Estado sólo ha sido subsidiaria, cuando el sujeto en cuestión no tiene familia o ésta lo ha abandonado, abriéndole paso al sector privado.

1.1.5 Los esquemas internacionales de protección de la dependencia

El comportamiento de los países, para afrontar el mayor gasto que supone la asistencia social y médica varía según su régimen social, político y su situación económica. Existen en algunos casos, actitudes estatales paternalistas que con sus arcas se hacen cargo de estas erogaciones, como es el caso de Suecia; por otro lado existen países que cubren parcialmente estos nuevos gastos a través del aseguramiento privado, como Alemania, Australia, Japón y Francia; y

⁶ Casado D. *El futuro del seguro de dependencia*. 2003

países que dan claras señales de que esta asistencia y grado de protección debe ser soportado por el individuo, como es el caso de Estados Unidos.⁷

1.1.5.1 La clasificación de los países según sistema de protección

Grupo I. Dentro de este primer grupo estarían aquellos países en los que el seguro público de salud es claramente dominante y es financiado exclusivamente por los impuestos públicos, alcanzando a toda la población. El seguro privado juega un papel realmente secundario, siendo su función meramente complementaria.

Grupo II. Contempla aquellos países en los que el sistema público de sanidad está ampliamente implantado, financiándose con aportaciones tanto de las empresas como de los trabajadores; sin embargo, los gobiernos dan la oportunidad para la existencia de un sistema de salud privado (bajo unas condiciones salariales determinadas y con una profunda y estricta regulación), que permite un extenso desarrollo de servicios privados. Son seguros alternativos a la cobertura pública para parte de la población; los países más representativos son Alemania y Holanda.

Grupo III. Aquí se incluyen los países cuyo sistema público no está extendido a toda la población o tiene una cobertura básica, con lo que el trabajador y empresa potencian la sanidad privada, siendo ésta la principal cobertura ofertada. Su principal representante es Estados Unidos.

Cuadro I.1. Clasificación de Países según Sistema de Protección

Grupo I	Grupo II	Grupo III
Reino Unido	Hungría	Estados Unidos
Dinamarca	Polonia	
Grecia	Suiza	
Irlanda	Austria	
Italia	Bélgica	
Noruega	Francia	
Portugal	Luxemburgo	
Suecia	Alemania	
España	Holanda	

Fuente: J. Iñaki de la Peña Esteban. *Impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia.* (2003)

⁷ De la Peña J. *Impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia.* 2003

1.1.5.2 La OCDE y sus recomendaciones aplicables

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), es una organización internacional e intergubernamental que reúne a los países más industrializados de economía de mercado. Tiene sus raíces en 1948, pero no es sino hasta 1960, cuando surge como tal y desde entonces los representantes de los países miembros se reúnen periódicamente para intercambiar información y acordar políticas, con el fin de maximizar su crecimiento económico y contribuir a su desarrollo y al de los países no miembros.

México ingresó a la Organización en 1994 y cuenta con un centro encargado de promover el trabajo de la OCDE en el país y América Latina a través de la producción de material con información en español.

Cuadro I.2. Países miembros de la OCDE

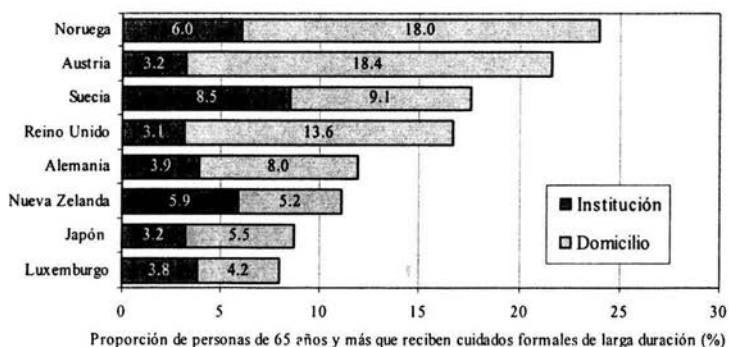
América del Norte	<ul style="list-style-type: none">• Canadá (1961)• Estados Unidos (1961)• México (1994)
Pacífico	<ul style="list-style-type: none">• Japón (1964)• Australia (1971)• Nueva Zelanda (1973)• República de Corea (1996)
Europa	<ul style="list-style-type: none">• Alemania (1961)• Austria (1961)• Bélgica (1961)• Dinamarca (1961)• España (1961)• Francia (1961)• Grecia (1961)• Irlanda (1961)• Islandia (1961)• Italia (1961)• Luxemburgo (1961)• Noruega (1961)• Países Bajos (1961)• Portugal (1961)• Reino Unido (1961)• Suecia (1961)• Suiza (1961)• Turquía (1961)• Finlandia (1969)• República Checa (1995)• Polonia (1996)• Hungría (1996)• República Eslovaca (2000)

Fuente: OCDE. Centro en México para América Latina

En varios países de la OCDE se ha convertido en una meta el cambiar los cuidados de larga duración que se brindan en clínicas u hospitales por cuidados domiciliarios, esto con el fin de permitirles a las personas mayores que requieren de este servicio vivir por más tiempo ya sea en sus propias casas o en casas asistidas adaptadas a sus necesidades, así como reducir los costos ya que los cuidados clínicos resultan relativamente más caros. Para lograr este objetivo los países miembros han adoptado diversas medidas, entre las que destacan:

- ◆ Atraer y retener el suficiente personal capacitado y calificado para proveer el servicio ya sea a domicilio o en los hospitales, ofreciéndole entrenamiento de calidad, mejores salarios y mejores condiciones de trabajo.
- ◆ Coordinar los distintos elementos que se requieren para mantener a los ancianos en sus hogares; por ejemplo, el alojamiento, servicios sociales, servicios especializados, el mantenimiento de la casa, etc.
- ◆ Brindar ayuda temprana a los cuidadores informales a través de casas de respiro, asesoramiento, apoyo en las tareas pesadas, etc. en lugar de esperar a que el cuidador ya no pueda más y un ingreso hospitalario sea la última alternativa.
- ◆ Asegurar que los cuidadores informales cuenten con el equipamiento y habilidades necesarias para su labor.
- ◆ Recompensar económicamente y/o con prestaciones los servicios del sector informal.
- ◆ Crear un mecanismo de preadmisión en las clínicas donde otorguen este tipo de cuidados, para asegurar que ingresen a estas costosas instituciones sólo aquellos quienes sea su única alternativa.
- ◆ Mejorar el servicio dando seguimiento a los pacientes y poder recomendarles los cambios necesarios de acuerdo a sus circunstancias.
- ◆ Establecer con mayor claridad los subsidios públicos para los cuidados de larga duración a fin de facilitar su otorgamiento.

Gráfica I.2. Uso del servicio de cuidados de larga duración por parte de las personas mayores en países seleccionados de la OCDE, 2000



Fuente: Estudio de la OCDE sobre los Cuidados de Larga Duración.

1.1.6 Análisis de la dependencia y los adultos mayores en México

En la actualidad, sólo los adultos mayores dependientes que cuentan con una pensión, reciben a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la prestación de asignaciones familiares y ayudas asistenciales, que consisten en un aumento sobre la cuantía de su pensión, para contrarrestar tal condición. En el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), su ley señala el otorgamiento de apoyo asistencial a sus pensionados pero no lo especifica.

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, señala que corresponde a las instituciones públicas del sector salud, garantizar a las personas mayores el acceso a la atención médica clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel, públicas y privadas⁸; debido a que no todos los hospitales cuentan con dicho servicio.

Cuadro I.3. Instituciones del sector salud que cuentan con servicio de geriatría

Institución	Hospital	Tipo de Servicio
ISSSTE	Hospital Lic. Adolfo López Mateos	Servicio de geriatría con 25 camas de hospitalización y consulta externa.
Petróleos Mexicanos	Hospital Central Norte	Servicio de geriatría en la modalidad de consulta externa.
Secretaría de Salud	Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán"	Clínica de geriatría.
	Hospital General	Hospitalización y consulta externa, así como un centro de día integrado.
	Hospital General "Gustavo Baz Prada"	Servicio de geriatría.
	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez	Servicio de psicogeriatría.
IMSS	Hospital Regional General No. 1 "Gabriel Mancera" Hospital General de Zona No. 2 "Tuxtla Gutiérrez Chiapas"	Programa de atención domiciliaria.
Sector Privado	Hospital Español	Servicio de geriatría y pabellón asilar.

Fuente: Elaboración propia con base en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales, IMSS 2003.

Por otro lado, dicha ley delega en la Secretaría de Educación Pública (SEP) la formulación de programas educativos de licenciatura y posgrado en geriatría y gerontología, en todos los niveles de atención en salud; así como supervisar que las instituciones de

⁸ Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Art. 18 fracción III.

educación superior e investigación científica incluyan a la geriatría en su currícula de medicina, y a la gerontología en las demás carreras pertenecientes a las áreas de salud y de ciencias sociales⁹.

1.1.6.1 Características Socioculturales

El anciano actual ha pasado de pertenecer a modelo de familia grande vigente durante largo tiempo, a un esquema de familia pequeña, aislada y con un número reducido de hijos, en el cual su rol familiar ha cambiado de manera significativa. Sin embargo, a pesar de los avances científicos y tecnológicos que han dado lugar a una esperanza de vida mayor, aliviando o evitando los “achaques” de la vejez, el ser humano teme a envejecer por miedo a convertirse en un estorbo para su familia y su comunidad; a dejar de ser una persona respetable y digna; a no desempeñar un papel importante y aceptable dentro de la sociedad; a volverse objeto de crítica y burla ante la pérdida de sus facultades y lucidez; y sobre todo a perder su autonomía. Es probable que por ello, el anciano expulsado de la vida familiar y de la sociedad sufre una radical regresión antropológica¹⁰.

1.1.6.2 Características Demográficas

Con base en la información arrojada por el XII Censo de Población y Vivienda 2000, realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Historia (INEGI), tenemos que la proporción de personas de la tercera y cuarta edad¹¹ en México (2.98 por ciento y 1.93 por ciento respectivamente) está evolucionando aceleradamente. Actualmente la población de nuestro país está clasificada como “madura” pero se espera que a partir del año 2015, ésta adquiera la condición de “envejecida”. (En los apartados 2.1.3 y 2.1.4 se verán estos aspectos más detalladamente.)

1.1.6.2.1 Clasificación de la población por grupos de edad

El artículo 3º de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, define a estas como todo hombre o mujer con 60 años o más de edad que se encuentren domiciliadas o en tránsito

⁹ *Ibidem*, Art. 17 fracción II

¹⁰ Mugica A. (2001). *Situación Actual de la Vejez Mexicana y la Necesidad de una Ley de Protección a la Senectud para el Estado de Veracruz*. Facultad de Derecho de la Universidad Villa Rica.

¹¹ En el apartado siguiente (1.1.6.2.1) se definirán estos conceptos.

del territorio nacional; sin embargo, tal definición pudiera ser cuestionable ya que no considera aspectos como edad avanzada, vulnerabilidad, ni envejecimiento individual y colectivo¹².

Para tener un mayor control en el estudio de los decrementos funcionales de los adultos mayores se ha hecho la siguiente clasificación:

Grupo de 60 a 64 años. Representa el quinquenio de transición a la vejez, son edades en las que existen ambigüedades entre adultez y vejez y donde lo común es que sin poderse calificar como joven aún se funcione con capacidad y autonomía;

Grupo de 65 a 74 años. Esta cohorte de edad está denominada como la “tercera edad”. Aquí definitivamente se está en la vejez pero todavía con oportunidades para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud;

Grupo de 75 y más. Este grupo de edad representa la ancianidad, también llamada la “cuarta edad”, donde la gran generalidad sufre pérdidas de capacidad, lo común son problemas severos de enfermedades y se recae en una dependencia creciente para el sostenimiento y el cuidado propio.¹³

Probablemente el envejecimiento poblacional no sea en si mismo la causa del problema, pero si es un argumento del previsible aumento en la magnitud de la dependencia y por ello es muy importante analizar la situación desde esta perspectiva, para no dejarse llevar por la idea de una falsa uniformidad debida a la edad.

¹² Lic. Pedro Borda Hartmann, Director General INAPAM. Ciclo de conferencias *La Población de Adultos Mayores: retos y oportunidades*. 2004

¹³ Ham R. *El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México*. 1996

1.1.7 Los adultos mayores y los derechos humanos

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) “todos los seres humanos son sujetos de derecho por nacer libres e iguales en dignidad y derechos, y por estar dotados de razón y conciencia deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

Los derechos humanos de las personas de edad adulta, reconocidos a nivel internacional y que los gobiernos deben adoptar de manera progresiva y de acuerdo a sus posibilidades, pueden resumirse en:

- a. Instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ellas y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por si mismas;
- b. Elaboración y ejecución de 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;
- c. Formación de organizaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.¹⁴

1.1.8 La gerontología social

La Gerontología estudia los fenómenos que produce la vejez; analiza este periodo de la vida en sus diversos aspectos: morfológicos, fisiopatológicos (geriatria), psicológicos, sociales, etc. Para su mejor comprensión se divide en:

Gerontología Social. Es la parte que se ocupa de los fenómenos sociales relacionados con la participación del viejo en la sociedad actual, para que al comprenderlos evitemos que se conviertan en problemas.

Geriatría. Es la rama de la medicina interna a la que conciernen las enfermedades de la vejez y su tratamiento.

¹⁴ Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988)

El término “gerontología” fue usado por primera vez en 1903 y “geriatria” en 1907, sin embargo la especialidad comienza a desarrollarse hasta finales de los años 50 y logra un avance importante en las décadas de los 80’s y 90’s. La intensificación de su progreso dentro de muchos países y la extensión a otros, es sin duda, resultado del interés por el fenómeno del envejecimiento. En nuestro país, la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México, A.C. (GEMAC), representante de la nación ante la Asociación Internacional de Gerontología (AIG), fue fundada en 1977 para realizar estudios e investigación de la vejez; antes de su constitución no existía ningún organismo oficial ni público ni privado que ejecutara programas en beneficio de los adultos mayores.

1.2 El esquema de protección para los cuidados de larga duración y su regulación aplicable

1.2.1 El seguro de cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración se definen como el conjunto de servicios médicos y asistenciales así como de atención afectiva, que requieren por un prolongado periodo de tiempo las personas que en mayor o menor grado han perdido su autonomía a consecuencia de enfermedades crónico-degenerativas, de un desorden cognitivo o de afecciones propias de la edad avanzada.¹⁵

El seguro de dependencia es un instrumento diseñado para responder a las necesidades de cuidados de larga duración de las personas senectas. Su implementación ha tenido lugar principalmente en Europa y sus formas de financiamiento son: íntegramente por el Gobierno –vía presupuestos–, completamente privado o un modelo mixto.

¹⁵ Rivera J. *El seguro de dependencia. El envejecimiento de la población y su repercusión en el estado de bienestar.*

Cuadro I.4. Modelos de protección de la dependencia en el ámbito internacional

PAIS	MODELO			
	Privado	Protección Pública	Ley específica de dependencia	Países en los que existen propuestas
Estados Unidos		Dinamarca Holanda Suecia	Alemania Austria Bélgica Francia Japón Luxemburgo	Italia Reino Unido

Fuente: Jorge Rivera Saganta *El seguro de dependencia. El envejecimiento de la población y su repercusión en el estado de bienestar.*

Entre los objetivos principales de este seguro están:

1. *Disminuir la dependencia de las personas ingresadas en residencias asistidas de ayuda social, para ahorrarle dinero al Estado.* Lo que este sector de la población demanda, básicamente son cuidados más que asistencia estrictamente médica, es por ello que el ofrecimiento de atención especializada en casa del paciente a través de este seguro, permite disminuir la carga hospitalaria.
2. *Reforzar el cuidado familiar que se brinda en el hogar.* Las condiciones físicas y técnicas no bastan porque a pesar de éstas, los miembros de la familia carecen de los conocimientos sobre la atención exacta que han de prestar.

Está comprobado que en los países donde este seguro goza de beneficios fiscales es donde está más desarrollado. Por eso tomando en cuenta la experiencia internacional, que plantea que la forma de financiamiento óptima es un modelo mixto, queda expuesta la relevancia de este aspecto. La creación de incentivos es fundamental porque normalmente los individuos conciben la idea de asegurarse sólo cuando vislumbran cerca el riesgo y es evidentemente cuando la prima resulta más cara. Un riesgo de esa magnitud precisa la creación de reservas desde edades tempranas.

1.2.1.1 Estructura de los seguros de dependencia en los países de la OCDE

Sólo ciertos países de la OCDE tienen cubierto el riesgo de dependencia, sin embargo, se están haciendo varios intentos por expandir su aseguramiento, tomando en consideración la experiencia de esas naciones que ya cuentan con algún esquema de protección al respecto. A

continuación se presentan las principales características de estos seguros en algunos países seleccionados de la OCDE.

Francia. La dependencia en este país está cubierta por el sistema tanto público como privado. En el primero las prestaciones (*Majoration pour Tierce Personne*) consisten en una renta por incapacidad y/o jubilación aumentada, siempre y cuando la dependencia ocurra después del retiro; y desde 1997 también existe la modalidad de *Prestation Spécifique Dependance*, que ofrece prestaciones en especie o reembolso de gastos para aquellos adultos mayores de 60 años con escasos ingresos. En el ámbito privado los seguros ofertados son complementarios a los de vida y planes de pensiones o ahorro.

Holanda. En este país, toda la población está protegida por el sistema público. Dicha cobertura abarca, desde 1968, cuidados por enfermedades de larga duración como tratamiento psicológico, cuidado de incapacitados, asistencia social, entre otros. El sistema público obligatorio incluye la asistencia médica habitual, normalmente en edades jóvenes.

Suiza. El sistema de salud (*Managed Care*), dispone de una seguridad social combinada, esto es que por un lado garantiza subsidios económicos para las personas de bajos recursos y por otro permite un libre mercado privado para que oferten coberturas sanitarias tanto complementarias como adicionales o alternativas.

Estados Unidos. Es el mercado más maduro. Desde 1974 fue introducido el sistema privado denominado *Long Term Care* (Seguro de Cuidados a Largo Plazo); como medida para reducir las demandas de asistencia sanitaria por parte de los ancianos, las cuales eran financiadas por la asistencia pública. Las pólizas de dependencia en EUA, se dividen en: *Tax Qualified*¹⁶ y *Non-Tax Qualified*; y los niveles de asistencia pueden ser: profesional (atención de 24 horas por personal especializado), intermedia (atención de menos de 24 horas pero siempre bajo supervisión médica) y custodia (atención de menor nivel no necesariamente

¹⁶ Así se denominan las pólizas que cumpliendo los requisitos marcados por la ley podrán beneficiarse de las ventajas fiscales introducidas a partir de 1996.

médica. Es el más común). Aunque la prestación otorgada es básicamente indemnizatoria más que asistencial.

Alemania. El seguro de dependencia surge en 1985, en el ámbito social y desde 1995 su adscripción es obligatoria, con lo cual se ha logrado cubrir al 98 por ciento de la población alemana. Su organización es similar al seguro de salud tradicional; lo que vale para el seguro de enfermedad también vale para el de dependencia. “El seguro de dependencia social es suministrado por el Estado para aquellas personas afiliadas a la seguridad social y el de dependencia privado es, de obligatoria suscripción para aquellas personas que ya disponían de un seguro de enfermedad privado.”¹⁷

Reino Unido. Sus prestaciones son básicamente públicas (*Community Care Act*), y desde 1991 es el Estado el encargado de evaluar y financiar los servicios de cuidados sanitarios, que a su vez estarán sujetos a la situación económica de la persona afectada. Sin embargo, debido a los problemas del Estado para atender la gran demanda existente, se analizan posibles convenios entre los sectores público y privado de manera que las personas tomen parte de la responsabilidad en la creación de sus provisiones para el futuro. Actualmente las ofertas privadas son de tipo ahorro, con una selección médica cuidadosa.

En el resto de los países, principalmente de la Unión Europea, los mercados son emergentes. Por mencionar algunos ejemplos, las aseguradoras italianas han importado recientemente la fórmula global de los productos franceses, pero su comercialización ha sido poca; en España las aseguradoras esperan el establecimiento de ventajas fiscales que promuevan el seguro; y en el caso del mercado belga, los productos son complejos y han tenido poco éxito¹⁸.

¹⁷ Rivera J. *El seguro de dependencia. El envejecimiento de la población y su repercusión en el estado de bienestar.* Documento web.

¹⁸ De la Peña J. *Impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia.* 2003; González J. *La Dependencia, ¿el nuevo riesgo a proteger por la seguridad social?.* 2003; Rivera J. *El seguro de dependencia. El envejecimiento de la población y su repercusión en el estado de bienestar;* Documento web *El seguro privado de dependencia: comparaciones internacionales.* 2003.

1.2.1.2 Categoría de las personas protegidas

El seguro de dependencia está dirigido especialmente a las personas mayores de 65 años, que requieren cuidados de larga duración por la pérdida de autonomía, pues es en la vejez donde las manifestaciones y consecuencias de la morbilidad y de la incapacidad sobre la calidad de vida tienen mayor repercusión; estas condiciones no impactan tanto por su letalidad, sino por sus consecuencias a largo plazo respecto al sufrimiento, costo y desgaste. Esta situación no tiene solución inmediata pero si persistencia en el tiempo.

Sin embargo, la mentalidad (entendida como el resultado de un proceso social y que existe en virtud de la memoria, el razonamiento, la capacidad asociativa individual, los valores compartidos y los procesos de comunicación¹⁹) de los viejos está cambiando y ahora reclaman productos y servicios adaptados a sus nuevas necesidades, por ello este seguro debe alinear las prestaciones ofertadas a dichas demandas. La población de adultos mayores es bastante heterogénea, está conformada por individuos de diferentes generaciones, tercera y cuarta edad, con diferencias importantes en su pasado laboral, social y cultural, que no permiten otorgarles las mismas soluciones asistenciales.

1.2.1.3 Condiciones para el otorgamiento de los beneficios

Las condiciones para el otorgamiento de los beneficios del seguro de dependencia están en función tanto del tipo de seguro que se trate, público o privado, como de las prestaciones que ofrece.

Para el seguro social de dependencia (SSD), el criterio de acceso es el grado de la misma en los potenciales beneficiarios. En el caso del seguro privado, dado que las prestaciones ofrecidas son variadas, las condiciones para su otorgamiento dependen de los servicios y/o prestaciones a otorgar. Estos últimos pueden ir desde el reembolso de los gastos ocasionados, prestaciones en dinero o especie (asistencia a domicilio, centros residenciales para ancianos, centros de día, adaptación de la casa del asegurado, ayuda para la administración de recursos, etc.) o una combinación de ambas según sean las necesidades de los clientes.

¹⁹ Hidalgo J. *Los cuidados a largo plazo de los envejecidos: oportunidades en un mercado en expansión.*

Francia y Estados Unidos son los dos principales mercados del seguro de dependencia privado no obligatorio, cuentan con más de 15 años de experiencia en la materia y eso les ha permitido mejorar el conocimiento del riesgo, así como afinar la definición de garantías. En ese sentido, las fórmulas de comercialización usadas por estos países son la global y la indemnizatoria respectivamente:

Fórmula Global. Consiste en abonar una renta definida en el momento de suscripción del seguro y,

Fórmula Indemnizatoria. Se refiere a los contratos de reembolso de los gastos incurridos por la atención brindada a un dependiente.

1.2.2 Marco legal aplicable al seguro de cuidados de larga duración en México

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en los artículos 4° y 123° fracción XXIX, sólo hace alguna mención relativa a los ancianos pero de manera muy general. De hecho en ningún momento utiliza el término “vejez”, debido a que nuestra Carta Magna considera al individuo como ciudadano independientemente de su edad, sexo o condición, siempre y cuando sea mexicano; en nuestro país aún no existe ninguna disposición legal o iniciativa de ley que regule al seguro de cuidados de larga duración.

El capítulo VI de la Ley del Seguro Social, así como el capítulo V de la Ley ISSSTE, establecen algunos derechos para las personas mayores como el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, en el primer caso y seguro de jubilación, cesantía en edad avanzada y retiro por edad y tiempo de servicios, en el segundo; esto bajo la condición de haber sido afiliadas al IMSS o al ISSSTE respectivamente.

Sin embargo, a pesar de no hablar propiamente del seguro de cuidados de larga duración; la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores²⁰, trata diversos aspectos de la atención a este sector en unidades geriátricas, centros de salud y/o en su domicilio, (Ejemplo: Art. 18, fracción VIII y Art. 28 fracción XI); y además cuenta con varias

²⁰ Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio del 2002.

disposiciones legales que pueden servir de plataforma para la creación de un marco legal aplicable a este seguro²¹.

1.2.2.1 Causas y motivos de la regulación gubernamental del seguro de cuidados de larga duración

Todo ser humano tiene derecho a la protección frente a las contingencias naturales de la vida, como el envejecimiento y sus implicaciones más difíciles, las cuales provocan incertidumbre en el individuo y máxime cuando a consecuencia de su edad debe enfrentar –en algunos casos– significativas disminuciones funcionales. Conocido como el “terremoto demográfico”, el envejecimiento poblacional tiene repercusión en todos los ámbitos del Estado y de la sociedad, incluyendo la atención a la salud y a las medidas de protección social.

Por ello es importante la creación de una política regulatoria, que de certeza jurídica respecto al cumplimiento de las condiciones y obligaciones del seguro de cuidados de larga duración.

1.2.3 Esquema de protección de los adultos mayores en la seguridad social

El IMSS cuenta con los seguros de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, por medio de los cuales los asegurados podrán disfrutar –una vez que hayan cumplido con los requisitos necesarios²²– de las siguientes prestaciones: pensión, asistencia médica, asignaciones familiares y ayuda asistencial²³.

Las asignaciones familiares consisten en una ayuda por concepto de carga familiar y se concederá a los beneficiarios (esposa o concubina, hijos con derecho y padres) del pensionado por invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada²⁴. La ayuda asistencial será otorgada por el

²¹ Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Art. 28 fracción VI.

²² Existe cesantía en edad avanzada cuando el asegurado quede privado de trabajos remunerados a partir de los 60 años de edad; y para tener derecho al goce de las prestaciones del seguro de vejez es requisito que el asegurado haya cumplido 65 años de edad. En ambos casos, se necesita que la persona tenga reconocidas ante el Instituto un mínimo de 500 cotizaciones semanales para el régimen de 1973 (Ley 1973, Arts. 138 y 145) y 1,250 cotizaciones semanales para la Ley de 1997.

²³ Ley 1973, Arts. 137 y 144

²⁴ Ley del IMSS, Art. 164

Instituto al pensionado por invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, así como a las viudas pensionadas, cuando su estado físico requiera ineludiblemente que lo asista otra persona, de manera permanente o continua; con base en el dictamen médico, la ayuda asistencial consistirá en el aumento de hasta el 20 por ciento de la cuantía de la pensión²⁵.

En cuanto al ISSSTE, además de las pensiones por jubilación, cesantía en edad avanzada y retiro por edad y tiempo de servicios, el artículo 137 de su ley, establece que el Instituto atenderá las necesidades básicas del trabajador y su familia a través de la prestación de servicios que contribuyan al apoyo asistencial. Sin embargo, no precisa en que consiste tal apoyo, ni las condiciones para su otorgamiento.

1.2.4 Programas asistenciales del Gobierno Federal

Para cumplir los compromisos adquiridos en el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 del Poder Ejecutivo, la administración pública se organiza mediante programas de gobierno, que surgen según las necesidades específicas de la población. Con ellos se pretende impulsar el desarrollo social y humano de los mexicanos y facilitar la realización de acciones y metas orientadas a la evaluación, el seguimiento y la resolución de dichos proyectos.²⁶

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores es un instrumento jurídico que, una vez que se le hayan realizado las adecuaciones necesarias, referentes a la definición de las sanciones por incumplimiento, de las formas como habrán de financiarse sus propósitos y de los mecanismos de revisión para que sea efectiva, permitirá hacer valer los derechos de las personas mayores; además fortalecerá al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), órgano rector de las políticas públicas para la atención a este grupo social.

²⁵ *Ibidem*, Art. 166

²⁶ Encabezado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), México participó en la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002) donde se revisó el Plan de Acción Internacional para hacer frente al progresivo envejecimiento de la población y se elaboró una nueva Estrategia Internacional del Envejecimiento para los próximos años, estableciendo así los parámetros mundiales a seguir en esta materia.

1.2.4.1 Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), fue creado en 1979²⁷, con la finalidad de ayudar, proteger, orientar y atender a la vejez mexicana, así como para desarrollar estudios sobre su problemática y plantear alternativas de solución. Posteriormente, debido al aumento de la población mayor de 60 años, fue necesario reorientar las políticas de atención del INSEN por lo que el 17 de enero de 2002, su denominación cambió a Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN) y sus objetivos se enfocaron al desarrollo humano integral de los adultos mayores de 60 años. Con la publicación de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el 25 de junio de 2002, el nombre del Instituto cambió a INAPAM.

Las prioridades del INAPAM, están enfocadas a fomentar un envejecimiento activo; para lograrlo cuenta con opciones de empleo u ocupación, asistencia médica, asesoría jurídica y las oportunidades necesarias para que la gente mayor alcance un mejor nivel de bienestar. En sus centros de atención integral se proporcionan servicios médicos especializados, rayos X y estudios de laboratorio; una de las principales ventajas de estos centros es que todos los adultos mayores son atendidos, sin importar que sean o no, derechohabientes del IMSS o del ISSSTE. Para expandir la prestación de servicios, el INAPAM también cuenta con unidades móviles que visitan regularmente colonias y zonas marginadas.

En su carácter de institución federal, el INAPAM extiende sus beneficios en las diferentes entidades de la República Mexicana, por medio de delegaciones estatales (31) y subdelegaciones municipales; lo cual resulta bastante útil porque el enfoque local de los servicios permite que éstos adquieran significado.

1.2.4.2 Instituto Mexicano del Seguro Social

El IMSS nace en 1943 y actualmente es la institución de seguridad social más grande de América Latina, en términos del número de asegurados. Su población derechohabiente asciende a 46 millones 813 mil 307 personas; cuenta con 12 millones 410 mil 533 asegurados permanentes (cotizantes) y 2 millones 22 mil 472 pensionados.²⁸

²⁷ Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de agosto de 1979.

²⁸ Información al 24 de noviembre de 2003.

A pesar de que en el país los modelos de atención en salud dirigidos a los adultos mayores no contemplan cuidados de largo plazo, el IMSS a partir de 1997, inició el Programa de Atención Domiciliaria para pacientes con pérdida total de la autonomía en el Hospital General Regional No. 1 “Gabriel Mancera”, dando prioridad a los pacientes geriátricos. Este programa fomenta la participación plena de la familia y su objetivo es otorgarles atención integral a los adultos mayores con dependencia funcional cuando son reinsertados a su domicilio, a través de la capacitación, asesoría y supervisión continua.

La protección del Instituto no sólo se extiende a la salud, también contempla los medios de subsistencia cuando la enfermedad impide al trabajador ejercer su actividad productiva, ya sea temporal o permanentemente.

CAPÍTULO II.

FACTORES CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS DE LA DEPENDENCIA EN MÉXICO

2.1 Los factores demográficos de la población adulta en México

2.1.1 Esperanza de vida

La esperanza de vida²⁹ es el número medio de años que espera vivir una persona a partir de su nacimiento, suponiendo que la tendencia de la mortalidad permanece invariable, ya que el cálculo de este indicador toma como base las tasas de mortalidad por edad para un determinado año.

La esperanza promedio de vida al nacimiento de la población mexicana ha experimentado un ascenso continuo, pasó de 46.9 años en 1950 (45.1 para hombres y 48.7 para mujeres) a 74 años en 2000 (71.5 y 76.5 respectivamente) y según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) se espera que para el 2050 llegue a 81.3 años (79.0 y 83.6). Así mismo, la esperanza de vida a los 60 años de edad se ubicaba en 21.5 años en el 2000 (20.5 para hombres y 22.36 para mujeres) y se proyectó que para 2050 será de 24.5 años (23.1 y 25.7 respectivamente).

Como puede observarse los incrementos en la esperanza de vida disminuyen conforme avanza la edad, ya que mientras la ganancia en la e_0 será de 7.26 años en la primera mitad del siglo XXI, en la e_{60} el aumento será de sólo 3 años.

²⁹ Notación de la esperanza de vida a la edad x : e_x años promedio que espera vivir un recién nacido.

e. años promedio que restan por vivir a una persona de edad x .

Cuadro II.1. Esperanza de Vida al Nacimiento en México, 1950-2050

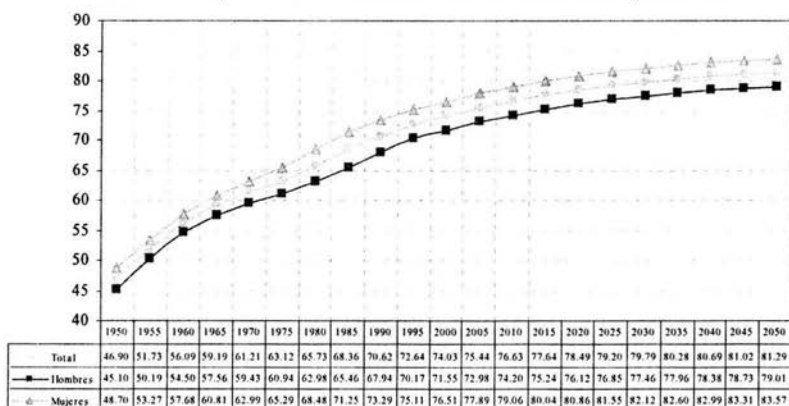
Esperanza de vida al nacimiento (e_0)			
Año	Total	Masculina	Femenina
1950	46.90	45.10	48.70
1955	51.73	50.19	53.27
1960	56.09	54.50	57.68
1965	59.19	57.56	60.81
1970	61.21	59.43	62.99
1975	63.12	60.94	65.29
1980	65.73	62.98	68.48
1985	68.36	65.46	71.25
1990	70.62	67.94	73.29
1995	72.64	70.17	75.11
2000	74.03	71.55	76.51
2005	75.44	72.98	77.89
2010	76.63	74.20	79.06
2015	77.64	75.24	80.04
2020	78.49	76.12	80.86
2025	79.20	76.85	81.55
2030	79.79	77.46	82.12
2035	80.28	77.96	82.60
2040	80.69	78.38	82.99
2045	81.02	78.73	83.31
2050	81.29	79.01	83.57

Fuente: Elaboración propia a partir de:

INEGI. Indicadores Sociodemográficos de México, (1930-2000)

CONAPO. La población de México, tendencias y perspectivas. Indicadores demográficos 2000-2050.

Gráfica II.1. Esperanza de Vida al Nacimiento en México, 1950-2050



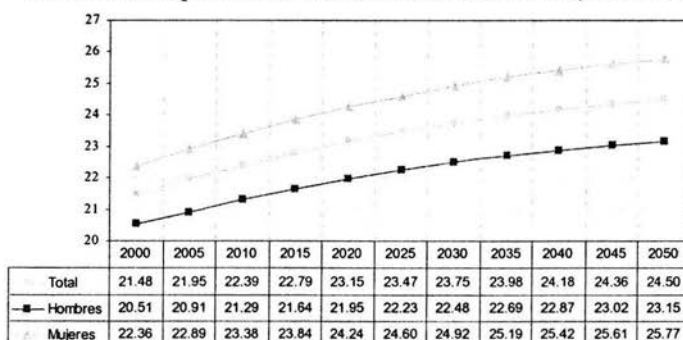
Fuente: Elaboración propia a partir de la información del Cuadro II.1

Cuadro II.2. Esperanza de Vida a los 60 años en México, 2000-2050

Esperanza de vida a los 60 años (e_{60})			
Año	Total	Masculina	Femenina
2000	21.48	20.51	22.36
2005	21.95	20.91	22.89
2010	22.39	21.29	23.38
2015	22.79	21.64	23.84
2020	23.15	21.95	24.24
2025	23.47	22.23	24.60
2030	23.75	22.48	24.92
2035	23.98	22.69	25.19
2040	24.18	22.87	25.42
2045	24.36	23.02	25.61
2050	24.50	23.15	25.77

Fuente: Estimaciones y proyecciones del CONAPO, diciembre de 2002.

Gráfica II.2. Esperanza de Vida a los 60 años en México, 2000-2050



Fuente: Elaboración propia a partir de la información del Cuadro II.2

El incremento en la esperanza de vida es evidente, sin embargo surge la duda de qué calidad de vida se tendrá en los años ganados, pues vivir más puede ser factor de riesgo en la aparición de enfermedades crónicas e incapacitantes y es bien sabido que el estado de salud rara vez mejora con la edad. En nuestro país es un hecho que vivimos más, pero no más sanos. Una forma de evaluar el impacto de tales padecimientos es mediante el concepto de esperanza de vida con incapacidad $EI(x)$, el cual nos permitirá conocer los años que se esperan si se tiene alguna limitación funcional.

Cuadro II.3. Esperanzas de vida activa y con discapacidad, por sexo para adultos mayores, 2000

Sexo	E(x)	EI(x)
Hombres	20.51	2.17
Mujeres	22.36	2.73

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Si tales indicadores se desagregaran por grupos de edad, podría observarse que conforme se avanza en años la esperanza de vida activa va decreciendo mientras la esperanza de vida con discapacidad se incrementa.

2.1.2 Mortalidad

Se refiere a las defunciones como un componente del crecimiento poblacional. Ciertamente todos los miembros de una población mueren, pero la proporción con que esto ocurre depende de muchos factores, tales como la edad, sexo, ocupación y clase social; además su incidencia proporciona información importante sobre el nivel de vida y servicios de salud con que cuenta dicha población.

Las tasas de mortalidad de los adultos mayores han descendido a partir de las últimas décadas del siglo pasado; entre 1980 y 2000, la tasa de mortalidad masculina para adultos mayores descendió 18.8 por ciento, pasando de 47.4 a 38.5 defunciones por cada diez mil habitantes; y la femenina disminuyó en un 15 por ciento, al pasar de 39.7 a 33.8 muertes³⁰. No obstante, después de la segunda década del siglo XXI, dichas tasas comenzarán un nuevo ascenso a consecuencia del acelerado envejecimiento en la estructura poblacional y a la desaceleración en el ritmo de descenso de la mortalidad.

2.1.2.1 Transformaciones de la mortalidad en adultos mayores

El mayor control de las enfermedades transmisibles –infecciosas y parasitarias– y de las asociadas al parto, que afectan principalmente en edades tempranas del ser humano, ha tenido como consecuencia la transformación de la estructura por edad de las defunciones,

³⁰ CONAPO. *La situación demográfica de México*. 2003

desplazando las muertes hacia etapas posteriores de la vida. En 2003 los decesos de los adultos mayores de ambos sexos abarcaron 57 por ciento de todas las muertes del país, para el año 2025 se espera que esa proporción ascienda a 76 por ciento y a 90 por ciento en 2050; es decir, se prevé un “envejecimiento de la muerte”.³¹

Las ganancias en la esperanza de vida de la mayoría de los países que registran niveles muy bajos de mortalidad, se deben principalmente a la reducción de la mortalidad de su población envejecida; incluso en ciertas naciones, donde se están aproximando al momento de subsecuentes mejoras en la esperanza de vida promedio, éstas serán resultado de cambios en la mortalidad de los grupos más viejos entre los viejos.

2.1.3 Envejecimiento de la población

El envejecimiento poblacional está determinado por el comportamiento de factores como la fecundidad, la esperanza de vida y la mortalidad. La combinación de una mayor esperanza de vida y la disminución de la fecundidad³² da como resultado un aumento importante en la edad media de la población, la cual se espera pase de 26.6 a 42.7 años entre 2000 y 2050.

Cuadro II.4. Edad media de la población, 2000-2050

Edad media de la población (años)	
2000	26.6
2005	28.3
2010	30.2
2030	37.0
2050	42.7

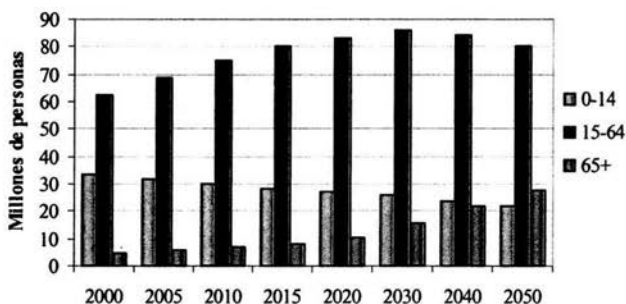
Fuente: Elaboración propia con base en las Proyecciones de la población de México, 2000-2050 del CONAPO.

³¹ *Ibidem*

³² Actualmente la tasa global de fecundidad se sitúa en 2.3 hijos por mujer, esperándose el valor mínimo en el año 2027 con 1.85 hijos, y de acuerdo a las proyecciones vigentes, a partir de entonces se mantendrá constante hasta el 2050.

En la siguiente gráfica se muestra el cambio que producirán tales factores en la estructura poblacional del país: el grupo de edad 0-14 irá en continuo descenso, el de 65 años y más aumentará paulatinamente, mientras que el de 15-64 adquirirá un mayor peso hasta 2030 y posteriormente disminuirá.

Gráfica II.3. Grandes grupos poblacionales, 2000-2050



Fuente: Elaboración propia con base en las Proyecciones de la población de México, 2000-2050. CONAPO

De acuerdo a la clasificación de la Organización Naciones Unidas (1956) para naciones, regiones y continentes, estas pueden considerarse como: *juven*, si la proporción del grupo poblacional de 65 años y más es menor al 4 por ciento de la población total; *madura*, si está entre el 4 y 7 por ciento; o *envejecida*, si es mayor al 7 por ciento³³. Por lo tanto, actualmente la población mexicana resulta madura, pero se puede observar que después del 2015 será envejecida; de tal suerte que la pirámide de edad se transformará sustancialmente (Gráfica II.4).

³³ Canudas V. (1997) *El Estado Funcional de la Vejez en México*. Facultad de Ciencias de la UNAM.

Cuadro II.5. Proporción de personas de 65 años y más en México, 1995-2050

Año	Proporción de personas de 65 y más años					
	Total		Hombres		Mujeres	
	No. absolutos	%	No. absolutos	%	No. absolutos	%
1995	4,005,595	4.42	1,878,984	2.07	2,126,611	2.35
2000	4,685,116	4.66	2,115,632	2.10	2,569,484	2.55
2005	5,626,448	5.29	2,542,894	2.39	3,083,554	2.90
2010	6,763,077	6.06	3,055,405	2.74	3,707,672	3.32
2015	8,206,110	7.05	3,704,421	3.18	4,501,689	3.87
2020	10,142,896	8.41	4,576,973	3.79	5,565,923	4.61
2030	15,606,925	12.27	7,046,250	5.54	8,560,675	6.73
2050	27,823,360	21.47	12,596,434	9.72	15,226,926	11.75

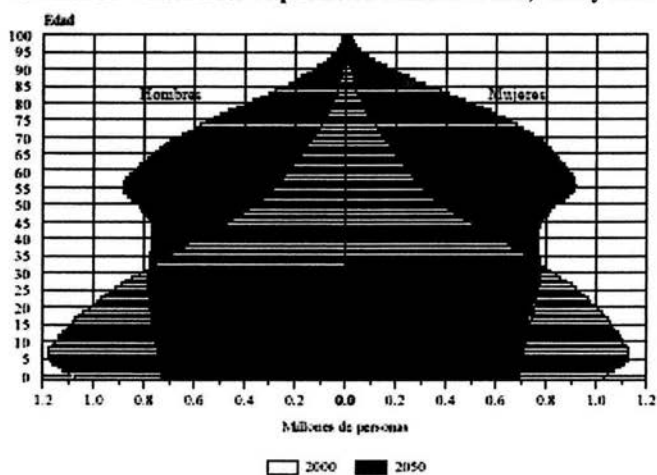
Fuente: Elaboración propia a partir de:

1995: INEGI. Censo 95 EUM. Resultados Definitivos. Tabulados Básicos.

2000: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. EUM. Tabulados Básicos.

2005-2050: CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050

Gráfica II.4. Pirámides de población a mitad de año, 2000 y 2050



Fuente: CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050

2.1.4 Incrementos porcentuales y absolutos de la población en edades avanzadas

Como ya se ha dicho, en nuestro país al igual que en el resto del mundo se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico caracterizado por el aumento de la población en edades avanzadas tanto en números absolutos como porcentuales. En el caso de México, dicho proceso será más rápido y más pronunciado que en otras naciones; de acuerdo a información

del CONAPO, este fenómeno se desarrollará en la mitad de tiempo del que les tomó a las sociedades hoy ya envejecidas, como las europeas. La gran diferencia es que dichos países primero crecieron y se desarrollaron, y luego envejecieron.

En los cuadros II.6 y II.7, que a continuación se presentan, puede observarse que la población media del grupo de edad 60 años y más irá en continuo crecimiento, pasando de 8 millones de personas en 2005 a 36 millones en 2050; y de representar el 7.7 por ciento de la población total, llegará a casi 28 por ciento para los mismos años.

Cuadro II.6. Población media adulta mayor por sexo y grupos quinquenales de edad, 1995-2050 (números absolutos)

Edad	1995			2000			2005			2010		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Pop. Total	90,658,217	44,654,185	46,004,032	100,569,263	50,069,744	50,499,519	106,451,679	52,929,290	53,522,389	111,613,906	55,417,320	56,196,586
60-64	1,931,300	924,550	1,006,750	2,185,637	1,034,888	1,150,749	2,562,450	1,213,968	1,348,482	3,105,226	1,470,208	1,635,018
65-69	1,417,987	670,307	747,681	1,704,556	793,346	911,210	2,003,096	933,604	1,069,492	2,362,171	1,101,661	1,260,510
70-74	1,073,879	518,211	555,669	1,227,505	559,638	667,867	1,495,956	682,441	813,515	1,770,891	808,777	962,114
75-79	662,541	315,811	346,730	820,607	364,886	455,721	1,009,365	449,297	560,068	1,241,855	552,698	689,157
80-84	431,739	192,859	238,879	481,115	208,371	272,744	612,135	265,200	346,935	762,404	330,191	432,213
85-89	251,415	111,543	139,872	273,194	115,543	157,651	310,527	131,283	179,244	401,209	169,287	231,922
90-94	104,573	44,543	60,030	131,843	54,833	77,010	139,859	58,163	81,696	163,315	67,635	95,680
95-99	49,491	20,602	28,889	39,559	16,266	23,293	47,127	19,470	27,657	50,955	20,947	30,008
100 y más	13,969	5,109	8,860	6,737	2,749	3,988	8,383	3,436	4,947	10,277	4,209	6,068
Total 60+	5,936,895	2,803,535	3,133,360	6,870,753	3,150,520	3,720,233	8,188,898	3,756,862	4,432,036	9,868,303	4,525,613	5,342,690

Edad	2015			2020			2030			2050		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Pop. Total	116,344,933	57,683,636	58,661,297	120,639,160	59,729,304	60,909,856	127,205,586	62,802,010	64,403,576	129,592,522	63,605,036	65,987,486
60-64	3,905,667	1,848,236	2,057,431	4,879,964	2,310,565	2,569,399	6,591,944	3,140,640	3,451,304	8,398,877	4,060,420	4,338,457
65-69	2,878,130	1,341,801	1,536,329	3,637,408	1,695,440	1,941,968	5,415,898	2,534,834	2,881,064	7,722,442	3,670,793	4,051,649
70-74	2,102,407	960,655	1,141,752	2,577,440	1,177,291	1,400,149	4,126,444	1,886,504	2,239,940	6,761,739	3,140,694	3,621,045
75-79	1,482,614	660,207	822,407	1,773,836	789,930	983,906	2,798,593	1,245,113	1,553,480	5,472,725	2,465,502	3,007,223
80-84	948,354	410,183	538,171	1,143,239	494,278	648,961	1,717,234	741,008	976,226	3,904,299	1,695,767	2,208,532
85-89	507,003	213,425	293,578	638,593	268,009	370,584	948,859	396,753	552,106	2,381,936	995,072	1,386,864
90-94	214,713	88,471	126,242	275,855	113,087	162,768	434,595	176,554	258,041	1,142,377	459,183	683,194
95-99	61,491	25,060	36,431	82,346	33,266	49,080	139,584	55,455	84,129	367,521	142,967	224,554
100 y más	11,398	4,619	6,779	14,179	5,672	8,507	25,718	10,029	15,689	70,321	26,456	43,865
Total 60+	12,111,777	5,552,657	6,559,120	15,022,860	6,887,538	8,135,322	22,198,869	10,186,890	12,011,979	36,222,237	16,656,854	19,565,383

Fuente: Elaboración propia a partir de:

1995: INEGI. Censo 95 Estados Unidos Mexicanos. Resultados Definitivos. Tabulados Básicos.

2000: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. EUM. Tabulados Básicos.

2005-2050: CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050

Cuadro II.7. Población media adulta mayor por sexo y grupos quinquenales de edad, 1995-2050 (números porcentuales)

Edad	1995			2000			2005			2010		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Pob. Total	100	49.26	50.74	100	49.79	50.21	100	49.72	50.28	100	49.65	50.35
60-64	2.13	1.02	1.11	2.17	1.03	1.14	2.41	1.14	1.27	2.78	1.32	1.46
65-69	1.56	0.74	0.82	1.69	0.79	0.91	1.88	0.88	1.00	2.12	0.99	1.13
70-74	1.18	0.57	0.61	1.22	0.56	0.66	1.41	0.64	0.76	1.59	0.72	0.86
75-79	0.73	0.35	0.38	0.82	0.36	0.45	0.95	0.42	0.53	1.11	0.50	0.62
80-84	0.48	0.21	0.26	0.48	0.21	0.27	0.58	0.25	0.33	0.68	0.30	0.39
85-89	0.28	0.12	0.15	0.27	0.11	0.16	0.29	0.12	0.17	0.36	0.15	0.21
90-94	0.12	0.05	0.07	0.13	0.05	0.08	0.13	0.05	0.08	0.15	0.06	0.09
95-99	0.05	0.02	0.03	0.04	0.02	0.02	0.04	0.02	0.03	0.05	0.02	0.03
100 y más	0.015	0.01	0.01	0.007	0.003	0.004	0.008	0.003	0.005	0.009	0.004	0.005
Total 60+	6.55	3.09	3.46	6.83	3.13	3.70	7.69	3.53	4.16	8.84	4.05	4.79

Edad	2015			2020			2030			2050		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Pob. Total	100	49.58	50.42	100	49.51	50.49	100	49.37	50.63	100	49.08	50.92
60-64	3.36	1.59	1.77	4.05	1.92	2.13	5.18	2.47	2.71	6.48	3.13	3.35
65-69	2.47	1.15	1.32	3.02	1.41	1.61	4.26	1.99	2.26	5.96	2.83	3.13
70-74	1.81	0.83	0.98	2.14	0.98	1.16	3.24	1.48	1.76	5.22	2.42	2.79
75-79	1.27	0.57	0.71	1.47	0.65	0.82	2.20	0.98	1.22	4.22	1.90	2.32
80-84	0.82	0.35	0.46	0.95	0.41	0.54	1.35	0.58	0.77	3.01	1.31	1.70
85-89	0.44	0.18	0.25	0.53	0.22	0.31	0.75	0.31	0.43	1.84	0.77	1.07
90-94	0.18	0.08	0.11	0.23	0.09	0.13	0.34	0.14	0.20	0.88	0.35	0.53
95-99	0.05	0.02	0.03	0.07	0.03	0.04	0.11	0.04	0.07	0.28	0.11	0.17
100 y más	0.010	0.004	0.006	0.012	0.005	0.007	0.020	0.008	0.012	0.054	0.020	0.034
Total 60+	10.41	4.77	5.64	12.45	5.71	6.74	17.45	8.01	9.44	27.95	12.85	15.10

Fuente: Elaboración propia a partir de:

1995: INEGI. Censo 95 Estados Unidos Mexicanos. Resultados Definitivos. Tabulados Básicos.

2000: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. EUM. Tabulados Básicos.

2005-2050: CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2000-2050

Actualmente uno de cada catorce mexicanos tiene 60 años o más y al final del horizonte de proyección serán uno de cada cuatro. Sin embargo, el incremento absoluto alcanzará su máximo en 2033 con 793 129 adultos mayores³⁴ y posteriormente descenderá; al igual que el incremento porcentual, el cual tendrá el punto más alto entre 2005 y 2010 con un 33.2 por ciento y a partir del periodo 2035-2040 presentará valores negativos.

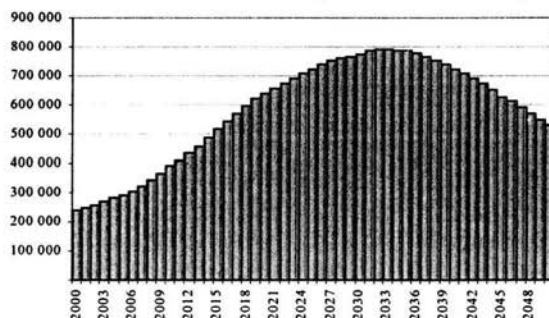
³⁴ Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población, diciembre de 2002.

Cuadro II.8. Incremento anual de personas adultas mayores en números absolutos y porcentuales, 2000-2050

Año	Incremento absoluto	Periodo	Incremento porcentual
2000	237 225	2000-2005	23.30
2005	292 506	2005-2010	33.21
2010	389 633	2010-2015	32.50
2015	516 245	2015-2020	24.12
2020	640 759	2020-2025	12.91
2025	723 465	2025-2030	7.05
2030	774 460	2030-2035	1.65
2035	787 216	2035-2040	-8.06
2040	723 743	2040-2045	-13.41
2045	626 699	2045-2050	-15.07
2050	532 229		

Fuente: Elaboración propia con base en las Estimaciones y proyecciones del CONAPO, diciembre de 2002.

Gráfica II.5. Incremento anual absoluto de personas adultas mayores, 2000-2050



Fuente: Elaboración propia con base en las Estimaciones y proyecciones del CONAPO, diciembre de 2002

2.1.5 Hipótesis de la compresión de la morbilidad

La esperanza de vida se incrementa constantemente en varias sociedades, sin embargo, esta ganancia en años no es perpetua e ilimitada. Según señala la hipótesis de la compresión de la morbilidad –desarrollada por James Fries en 1980–, la extensión de la esperanza de vida no es un fenómeno uniforme en todos los grupos de edad y a partir de la sexta a séptima década de vida el indicador tiende a estabilizarse; si la esperanza de vida al nacimiento creciera continuamente, llegaría el momento en que ésta excedería la edad promedio de muerte para los ancianos. Basándose en el análisis de las curvas de supervivencia de diferentes cohortes de

países desarrollados, Fries estableció el promedio máximo de vida potencial³⁵ alrededor de 85 años³⁶.

La hipótesis supone que la rectangularización³⁷ de dichas curvas obedece a la posposición de la edad de inicio de las enfermedades crónicas, combinada con la imposibilidad de aumentar el promedio máximo de vida potencial, por lo que tales padecimientos tenderán a concentrarse al final de la vida y el tiempo de vida saludable será mayor. No obstante, se sabe que en realidad ese fenómeno se debe principalmente a las acciones médicas y no médicas emprendidas para evitar la muerte de los enfermos crónicos, siendo la principal consecuencia de este hecho que las fases de desplazamiento de la morbilidad hacia edades más tardías (compresión de la morbilidad), sean precedidas por una fase donde la esperanza de vida se incrementa por otras causas dando como resultado una expansión de la morbilidad.

Si bien el modelo que aquí se explica no comprende todos los escenarios, pues no especifica lo que sucederá mientras se mantenga un patrón mixto de mortalidad –enfermedades transmisibles y no transmisibles–, ofrece la posibilidad de explicar o predecir el comportamiento de la morbilidad en grandes grupos poblacionales. Estudios recientes permiten afirmar que México también ha experimentado el fenómeno de rectangularización de sus curvas de supervivencia durante el último siglo, por lo que podemos esperar que el envejecimiento poblacional de nuestro país venga acompañado de una extensión en el tiempo vivido con alguna enfermedad y/o discapacidad.

2.1.6 Cuantificación de la dependencia

Para la evaluación del estado funcional de la vejez y la cuantificación de la dependencia en México, sólo se tiene la consulta realizada en la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía

³⁵ Longevidad media factible de alcanzar por una persona en una sociedad determinada. El promedio máximo de vida potencial debe distinguirse del límite máximo de vida potencial, que se refiere a la edad más avanzada que puede alcanzar una persona (en 2000 se estimaba en 122 años).

³⁶ M. C. Sergio López Moreno (et al). *La hipótesis de la compresión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología*. Salud pública de México. 1998

³⁷ Incremento en el número de supervivientes de edad avanzada.

del Envejecimiento 1994 (ENSE '94). La exploración de la funcionalidad básica e instrumental de los adultos mayores se hizo a través de un cuestionario de 16 reactivos (Ver anexo II.1), que a la vez permitió tener una noción del nivel de dependencia en los encuestados. Se consideraron cuatro niveles de desventaja funcional: la categoría A se refiere a los estados graves, la B a la dependencia moderada, la C a la leve (aquellos dependientes de un tercero para abandonar su casa) y la D a las personas independientes dentro de sus capacidades. Los resultados fueron los siguientes:

Cuadro II.9. Población de 60 años y más según categoría de incapacidad (porcentaje)

Categoría de incapacidad	Total		Hombres		Mujeres	
	60-80	>80	60-80	>80	60-80	>80
A	0.5	1.8	0.5	0.9	0.5	2.6
B	3.9	18.4	3.5	14.5	4.4	21.6
C	11.4	30.2	6.6	22.8	15.6	36.4
D	84.1	49.5	98.4	61.8	79.5	39.4

Fuente: CONAPO. Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento. 1994.

Con la finalidad de actualizar la información en la medida de lo posible, también se presentan los porcentajes de dependencia y funcionalidad por edad, sexo, estado civil, autopercepción del estado de salud y situación económica, obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)³⁸. De acuerdo a esta información el porcentaje de adultos mayores se incrementa después de los 75 años de edad, representando un tercio de la población aproximadamente; aunque la diferencia es mínima (3.5 puntos porcentuales) las mujeres presentan mayor dependencia que los hombres; los adultos mayores casados tienen un porcentaje más alto de funcionalidad que los solteros; además de que las personas de edad avanzada dependientes presentan un mayor porcentaje de mala situación económica y mala autopercepción de salud.

³⁸ Se consideró que un encuestado era dependiente si reportaba necesitar ayuda para realizar una o más ABVD. Clasificación: leve (ayuda para una actividad), moderada (ayuda para dos actividades) y severa (ayuda para tres o más actividades)

Cuadro II.10. Porcentajes sobre dependencia funcional en ABVD, según variables demográficas

Funcionalidad	Edad		Sexo		Estado Civil		Autopercepción Salud		Situación Económica	
	>75 años (n=1,255)	<75 años (n=3,038)	Femenino (n=2,044)	Masculino (n=2,251)	Soltero (n=1845)	Casado (n=2,450)	Mala (n=1,269)	Buena (n=3,024)	Mala (n=3,505)	Buena (n=781)
Dependiente	33.76	20.20	25.80	22.30	26.50	22.30	30	10.5	25.44	18.0
Grave	10.75	4.08	6.80	5.30	7.10	5.25	8	1.0	6.67	3.1
Moderado	5.33	3.25	4.00	3.60	4.30	3.55	5	1.0	4.25	2.1
Severo	17.68	12.77	15.00	13.40	15.20	13.50	17	8.5	14.52	12.8
Funcional	66.21	79.88	74.20	77.70	73.50	77.70	70	89.5	74.56	82.0

Fuente: Melba de la Cruz Barrantes Monge. *Prevalencia de la dependencia funcional y su asociación con enfermedades crónicas* (2004).

Así mismo, también se presentan los porcentajes de adultos mayores que padecen alguna discapacidad, ya que un impedimento para la realización de las actividades de la vida cotidiana en muchos casos se traduce en un deterioro funcional que se acentúa con la edad. El 10.71 por ciento de las personas de 60 años o más de edad son discapacitados, mientras que el porcentaje llega a 16.37 para los de más de 70 años. La discapacidad más frecuente en los adultos mayores es la motriz (64.7 por ciento), seguida de la auditiva (17.8 por ciento) y de la visual (14.6 por ciento), abarcando entre las tres el 97.1 por ciento de las discapacidades en dicha población.

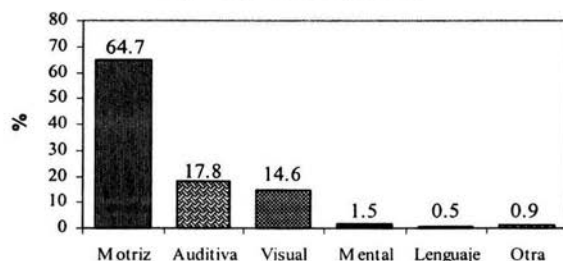
Cuadro II.11. Porcentaje de los adultos mayores que padecen alguna discapacidad por edad y sexo

Sexo	60 o más	60-64	65-69	70 o más
Total	10.71	5.27	7.39	16.37
Hombres	10.64	5.21	7.34	16.28
Mujeres	10.97	5.41	7.55	16.76

Fuente: Total: estimaciones propias con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Por sexo: estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Gráfica II.6. Distribución porcentual de la población adulta mayor discapacitada según tipo de discapacidad



Fuente: SSA. Encuesta Nacional de Salud 2000

2.1.7 Riesgo de discapacidad en adultos mayores

La probabilidad de sufrir una discapacidad se incrementa significativamente con la edad y aunque la prevalencia de ésta es muy similar entre hombres y mujeres mayores, las causas que la generan varían según el sexo. Generalmente las discapacidades son consecuencia de una enfermedad o de un accidente; sin embargo, las mujeres tienen un riesgo 15 por ciento mayor de que la discapacidad se deba a una enfermedad y un riesgo 45 por ciento menor de que sea consecuencia de un accidente, con respecto a los hombres³⁹.

Las diferencias por sexo son muy importantes y deben considerarse particularmente; al respecto existe la paradoja de que las mujeres sufren mayores cargas de morbilidad y discapacidad pero los hombres son los que presentan las tasas de mortalidad más altas.

2.2 Las Condiciones Epidemiológicas de los Adultos en Edades Avanzadas

2.2.1 Diagnóstico de la población adulta mayor

En México la tendencia hacia el envejecimiento poblacional es irreversible. A grandes rasgos pueden destacarse los siguientes aspectos: la esperanza de vida al nacimiento que actualmente se ubica en 75 años llegará a 81 en 2050; se espera que la población de 60 años y más se duplique en los próximos tres lustros y se cuadrupliche en un lapso de cinco décadas (pasando de aproximadamente 8 millones de personas en 2004 a 36 en 2050); en el ámbito de salud, el deterioro de las condiciones físicas es inevitable con el paso de los años, alrededor de un tercio de los octo y nonagenarios dicen verse limitados muy frecuentemente o siempre para hacer las cosas que necesitan o quieren hacer, siendo comúnmente las mujeres las más afectadas; su participación económica está en aumento dada la insuficiencia de los ingresos que perciben, además como ya se ha mencionado, la mayor parte de los adultos entre 60 y 74 años está en condiciones de continuar con una vida productiva⁴⁰.

³⁹ Monterrubio Ma. I. / Lozano R. *Utilización y disponibilidad de los servicios de salud en México*. DEMOS 2001.

⁴⁰ CONAPO / DIF. *Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México*. 1994

2.2.2 Causas de muerte en la población adulta mayor

Las muertes registradas por causas no transmisibles son las más importantes, representado el 83.3 por ciento en los hombres y 85.4 por ciento en las mujeres; las muertes por causas transmisibles se ubican por debajo del 10 por ciento para ambos sexos (9 por ciento en hombres y 9.5 en mujeres), reflejo de la transición epidemiológica; los accidentes y lesiones representan el 5.2 por ciento de las defunciones masculinas y el 2.3 por ciento de las femeninas.

Cuadro II.12. Principales causas de muerte entre la población de 60 años o más y sus proporciones, 1980-2000

Enfermedades	Hombres						Mujeres					
	1980		1990		2000		1980		1990		2000	
	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%	Orden	%
Cardiovasculares	1	29.5	1	31.0	1	30.0	1	33.3	1	35.7	1	33.8
Neoplasias malignas	2	9.5	2	13.1	2	14.6	2	10.3	2	12.6	3	13.4
Digestivas	3	9.5	3	9.3	4	10.2	4	7.1	4	7.0	4	7.7
Diabetes Mellitus	8	5.2	5	7.5	3	11.6	3	7.6	3	11.3	2	15.7
Infecciones respiratorias	6	6.5	9	4.3	9	3.2	5	7.1	8	4.5	7	3.3
Infecciosas, intestinales y parasitarias	4	6.8	7	5.1	10	2.5	6	6.4	7	4.6	9	2.4
Respiratorias	5	6.7	4	8.2	5	7.7	7	5.8	5	6.5	5	5.9
Nutricionales endocrinas	10	3.1	6	5.5	6	4.2	8	4.0	6	6.4	6	5.0
Genito-urinarias	9	3.9	10	3.9	8	3.5	9	3.6	9	3.2	8	3.0
Accidentes no intencionales	7	5.8	8	4.7	7	4.0	10	2.6	10	2.6	10	2.1
Otras		13.5		7.3		8.5		12.2		5.6		7.7
Total		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de:

Estimaciones de la Dirección de Planeación y Finanzas. IMSS 2002.

Estimaciones de CONAPO con base en las defunciones de INEGI y SSA, 1980-2000

Como se puede observar, las cardiopatías son las principales causas de muerte en los adultos mayores de ambos sexos. Las enfermedades con mayores incrementos son, en primer lugar la diabetes mellitus y, en segundo los tumores malignos; sin embargo, existen diferencias entre hombres y mujeres pues la diabetes ha tenido un ascenso dramático en el sexo femenino, convirtiéndose en su segunda causa de muerte mientras que los tumores malignos han aumentado más rápido en el sexo masculino.

2.2.3 Distribución de muertes por sexo y grupo de edad en la población adulta mayor

Las principales causas de muerte en la población de 60 años y más son las enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, la diabetes mellitus y las enfermedades digestivas.

Estos padecimientos acumulan al 66.4 por ciento de los decesos en los varones de más de 60 años y al 71 por ciento de las muertes en mujeres adultas mayores.

En el caso de las personas con 65 años y más, las principales causas de muerte son similares: las cardiopatías, neoplasias malignas, la diabetes mellitus y las enfermedades respiratorias, sin embargo, destaca que en este grupo de edad las enfermedades cerebrovasculares tienen un peso más significativo, ocupando el sexto lugar en hombres y el quinto en mujeres con un porcentaje mayor al 7 por ciento para ambos sexos.

Cuadro II.13. Principales causas de muerte por edad y sexo de la población adulta mayor, 2000

Orden	Población de 60 años y más				Población de 65 años y más			
	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres	%	Mujeres	%
1	Cardiovasculares	30.0	Cardiovasculares	33.8	Cardiovasculares	17.7	Cardiovasculares	18.9
2	Neoplasias malignas	14.6	Diabetes Mellitus	15.7	Neoplasias malignas	15.1	Diabetes Mellitus	14.6
3	Diabetes Mellitus	11.6	Neoplasias malignas	13.4	Respiratorias	13.1	Neoplasias malignas	13.0
4	Digestivas	10.2	Digestivas	7.7	Diabetes Mellitus	10.8	Respiratorias	11.0
5	Respiratorias	7.7	Respiratorias	5.9	Digestivas	9.3	Cerebrovasculares	9.4
6	Nutricionales endocrinas	4.2	Nutricionales endocrinas	5.0	Cerebrovasculares	8.0	Digestivas	7.5
7	Accidentes no intencionales	4.0	Infecciones respiratorias	3.3	Accidentes no intencionales	3.6	Nutricionales endocrinas	4.2
8	Genito-urinarias	3.5	Genito-urinarias	3.0	Genito-urinarias	3.6	Genito-urinarias	3.0
9	Infecciones respiratorias	3.2	Infecciosas, intestinales y parasitarias	2.4	Nutricionales endocrinas	3.6	Accidentes no intencionales	2.0
10	Infecciosas, intestinales y parasitarias	2.5	Accidentes no intencionales	2.1	Infecciosas, intestinales y parasitarias	0.7	Infecciosas, intestinales y parasitarias	0.9

Fuente: Elaboración propia a partir de:

Estimaciones de la Dirección de Planeación y Finanzas. IMSS 2002.

Estimaciones de CONAPO con base en las defunciones de INEGI y SSA, 1980-2000

Secretaría de Salud. *Mortalidad 2000*

Para los adultos mayores de 85 años y más, las cinco principales causas de muerte en 1999 fueron: infarto, diabetes, neumonía, insuficiencia cardíaca y desnutrición proteínocalórica. Las dos primeras representaron el 17.7 por ciento del total de muertes en este grupo de edad⁴¹.

2.2.4 Análisis de las principales enfermedades relacionadas con el envejecimiento

La complejidad del perfil de morbilidad en la población envejecida radica en la acumulación de factores de riesgo; el solo hecho de avanzar en edad incrementa el riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento, tales como demencia, depresión, Alzheimer, entre otros que contribuyen de manera considerable a la discapacidad física.

⁴¹ Ordorica M. *Grandes cambios en las causas de muerte de los mayores*. DEMOS 2001.

Dichas patologías generalmente se presentan después de los 65 años de edad y la demencia es la más importante, ya que se ha convertido en el tercer problema de salud en países desarrollados, a la par de los accidentes cerebrovasculares y sólo por debajo de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Es una enfermedad integral en el sentido de que la familia también tiene que hacer frente a los estragos estructurales y económicos que produce: el uso de espacio, organización de la vida diaria, cuidados formales e informales, arreglos para la administración y el financiamiento, etc. Su prevalencia crece exponencialmente con la edad –por lo menos hasta los 90 años–, de tal suerte que si toda persona vive lo suficiente padecerá algún tipo de demencia⁴².

El Alzheimer es el más característico⁴³ de estos trastornos seniles; se refiere a un proceso patológico neurodegenerativo que causa la pérdida de la memoria y un importante deterioro mental. Conforme se desarrolla la enfermedad, produce una progresiva disminución de la autonomía y modificaciones conductuales, incrementando la dependencia tanto familiar como de los servicios médicos y sociales, pues el enfermo requiere de continuos cuidados en todas sus actividades. Además supone graves pérdidas económicas porque el individuo puede vivir largos periodos de tiempo totalmente incapacitado.

2.2.5 Consecuencias de enfermedades no mortales en adultos mayores

La suma de enfermedades no necesariamente es causa de alteraciones funcionales, sin embargo la relación entre enfermedad y función existe. Con frecuencia las enfermedades agudas que no son causa de muerte o de ingreso hospitalario, pero si persistentes en el tiempo, producen pérdidas funcionales en el anciano. “Es la morbilidad crónico-degenerativa y sus consecuencias no letales, en particular la dependencia, la que se convierte en un elemento determinante del peso social y económico de la enfermedad de la población envejecida”.⁴⁴

⁴² Se estima que, en el planeta, una de cada veinte personas mayores de 65 años y una de cada cinco de más de 80, padecen alguna forma de deterioro de tipo demencial, además de que el doble manifiesta síntomas depresivos que no siempre reciben una oportuna atención. (Gaceta de Comunicación Interna de la SSA, agosto 2003)

⁴³ Se estima que en el país 6 por ciento de la población mayor de 60 años padece algún tipo de demencia. (IMSS. Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2003)

⁴⁴ Gutiérrez L. M. *El proceso de la transición epidemiológica*. DEMOS 2001.

Queda claro que las incapacidades no son procesos naturales debidos al envejecimiento, pero conforme una persona mayor avanza en edad sus capacidades fisiológicas disminuyen y se vuelve frágil y vulnerable.

2.2.6 Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores

El solo incremento numérico de las personas de 60 años o más y su mayor esperanza de vida, implicará un crecimiento tanto en la cantidad de adultos que padecen alguna patología o discapacidad como en el número de años que sobrevivirán con ellas.

Cuadro II.14. Esperanza de vida por grupos quinquenales de edad a partir de los 60 años, 1999

Grupo de edad	e_x
60-64	21.48
65-69	17.89
70-74	14.71
75-79	11.80
80-84	9.35
85 y más	7.28

Fuente: Manuel Ordorica. *Grandes cambios en las causas de muerte de los mayores*. DEMOS 2001.

Cuadro II.15. Edad promedio a la muerte según cinco de las principales causas, 2000

Causa	Edad promedio a la muerte
Enfermedades del corazón	72.6
Tumores malignos	62.4
Diabetes Mellitus	66.7
Enfermedades cerebrovasculares	72.5
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	77.9

Fuente: SSA. Mortalidad 2000

La prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores queda de manifiesto al observar la esperanza de vida por grupos quinquenales de edad, así como la edad promedio a la muerte según cinco de las principales causas, pues dichos valores indican que una persona puede vivir varios años con tales afecciones.

2.2.7 El proceso de dependencia

Las fases por las que pasa una persona durante el proceso de salud-enfermedad, hasta llegar al punto de requerir ayuda de terceros para realizar sus actividades de la vida diaria se pueden resumir en cuatro, según el esquema de Nagi:

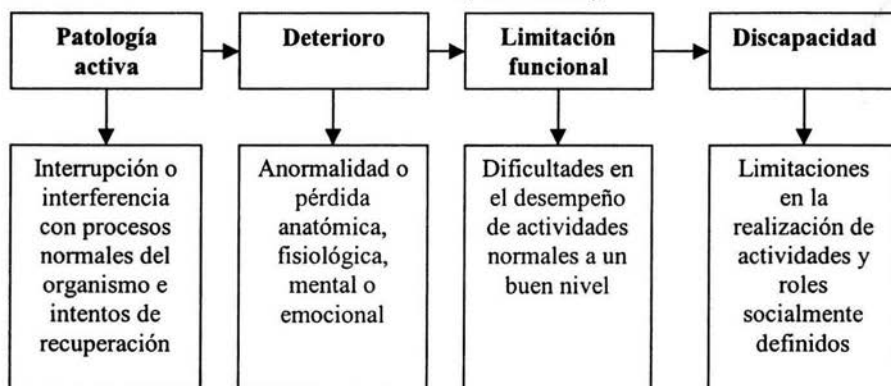
1ª. *Patología activa*, referente a la interferencia con el adecuado funcionamiento físico y/o mental del organismo (Ej. diabetes desapercibida);

2ª. *Deterioro*, definido como anomalía o pérdida anatómica, fisiológica o mental (Ej. problemas de visión);

3ª. *Limitación funcional*, es decir, trabas en la realización de actividades normales (Ej. restricciones para leer); y

4ª. *Discapacidad*, definida como limitaciones en el desempeño de tareas socialmente definidas.⁴⁵

Gráfica II.7. Esquema de Nagi



Fuente: Roberto Ham Chande (2000) *Envejecimiento y esperanza de vida activa*.

2.2.8 Valoración geriátrica de la funcionalidad

La valoración funcional es la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea. Según la OMS, la mejor manera de medir la salud de las personas mayores es midiendo su funcionalidad.

⁴⁵ Ham R. *Los umbrales del envejecimiento*. COLMEX. 2000. (P.p. 669)

Se pueden distinguir dos grandes áreas de evaluación, las actividades de la vida diaria básicas y las instrumentales.

Cuadro II.16. Principales cuestionarios o escalas de valoración funcional

CUESTIONARIO	FUNCIÓN	PUNTUACIÓN
Índice de Katz	ABVD	A-H
Índice de Barthel	ABVD	0-100
Escala de Lawton	AIVD	1-8
Física Cruz Roja	AVD, movilización	0-5
Psíquica Cruz Roja	D. cognitivo	0-5
M.M. de Folstein	D. cognitivo	0-30
Lobo M.E.C.	D. cognitivo	0-35
Portable de Pfeiffer	D. cognitivo	0-10
Cuestionario de Yesavage (GDS)	Depresión	0-30
		0-15
Escala riesgo de caídas (Downton)	Marcha	0-3

Fuente: *El medico interactivo*. Diario electrónico de la sanidad. No. 128

Para la valoración de las ABVD, que constituyen el nivel más bajo de funcionamiento y son consideradas imprescindibles para vivir –por debajo de ellas sólo quedan las funciones vegetativas: respiración, mantenimiento de la tensión arterial, excreción, etc.–, existen los siguientes instrumentos⁴⁶:

- ◆ *Escala de incapacidad física de la Cruz Roja*. Valora la capacidad de autocuidado de los mayores, clasificándolos en seis grados, de 0 a 5, desde la máxima independencia hasta la dependencia total. (Ver anexo II.2)
- ◆ *Índice de Barthel*. Fue elaborado en 1965 para medir la evolución de los sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos, evalúa diez ABVD dando más importancia que el índice de Katz a la puntuación de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. A diferencia de otras escalas donde todos los ítems tiene igual “peso específico”, este índice puntúa de forma ponderada cada actividad según la relevancia que los autores le otorgaron a cada una; la puntuación total varía entre 0 y 100 (90 para pacientes limitados en silla de ruedas). Es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración de la funcionalidad y su aplicación es especialmente útil en pacientes ancianos. (Ver anexo II.3)

⁴⁶ *El medico interactivo*. Diario electrónico de la sanidad. No. 128

- ◆ *Índice de Katz*. Surge en 1959, pero se publica en 1963, con el ánimo de delimitar y definir el concepto de dependencia en sujetos con fractura de cadera; mide dependencia de otros y pretende ser jerárquica, permitiendo categorizar en ocho niveles de dependencia (A-H). Tiene 6 ítems ordenados jerárquicamente según la forma en la que los enfermos pierden y recuperan las capacidades. Se correlaciona con el grado de movilidad y confinamiento en casa tras el alta hospitalaria, probabilidad de muerte, hospitalización e institucionalización. (Ver anexo II.4)

Principales instrumentos para valorar las AIVD:

- ◆ *Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton*. Consta de 8 ítems, cada uno de los cuales plantea varias posibilidades, atribuye 1 punto a las independientes y 0 a las dependientes. Es más útil que las ABVD para detectar los primeros grados de deterioro en una persona; sobre todo en las mujeres ya que muchos hombres nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan. A este respecto, son los valores sociales de la comunidad los que se utilizan como criterio de independencia y autonomía. (Ver anexo II.5)
- ◆ *Escala OARS*. Valora las AIVD sobre una escala de tres puntos basada en la capacidad para realizar la actividad de modo independiente. Recoge los siete ítems del índice de Katz, pero a diferencia de éste que se basa en la observación de un proveedor de asistencia sanitaria, el OARS emplea el autoinforme del sujeto o un familiar.

2.2.9 Políticas de salud relacionadas con el envejecimiento

Dada la situación demográfica en la que se encuentra nuestro país, es de suma importancia diseñar estrategias que permitan atajar con anticipación los problemas ocasionados por el envejecimiento poblacional, especialmente los relacionados con la salud y los sistemas de pensiones. Será necesario implementar medidas preventivas que procuren reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas y accidentes en los adultos mayores, así como hacer adecuaciones a la estructura de los servicios dirigidos a este sector. Los políticos están obligados a prestar cada vez más atención a las dificultades relacionadas con el

envejecimiento, ya simplemente por el hecho de que aquellas personas con 60 años o más de edad representarán casi 40 por ciento del electorado potencial en el año 2050⁴⁷.

El incremento de la población adulta mayor con respecto a los demás grupos de edad representa un gran desafío, principalmente para el IMSS que es la institución que atiende a más de la mitad de las personas mayores de 60 años que habitan en el territorio nacional⁴⁸. En cuanto a salud se refiere, tendrá que adoptar medidas enfocadas a la atención médica y cuidados de largo plazo para los adultos mayores, destacando los siguientes aspectos: adulto mayor sano, adulto mayor enfermo: agudo y crónico –con o sin discapacidad– y anciano frágil (reservado para edades extremas mayores de 85 años que conservan funcionalidad a pesar de ciertas condiciones que lo mantienen en un umbral límite).

Cuadro II.17. Políticas específicas para la atención de adultos mayores

Programas para personas mayores independientes	Programas para personas mayores con discapacidades	Programas para personas mayores dependientes o al final de la vida
<ol style="list-style-type: none"> 1. Información y promoción de salud física y mental. 2. Prevención primaria y manejo de enfermedades agudas y crónicas. 3. Centros de salud comunitarios para personas mayores. 4. Grupos de autocuidado y apoyo para las personas mayores. 5. Programas de vacunación para adultos mayores. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manejo de condiciones crónicas. 2. Subsidios para medicamentos básicos. 3. Atención de salud domiciliaria. 4. Programas para la detección y el manejo de enfermedades mentales tales como la depresión y demencias. 5. Programas para la prevención de caídas, desnutrición y complicaciones a causa de fármacos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad y acceso a servicios domiciliarios, de médicos y de cuidados personales. 2. Reglamentación y monitoreo de los estándares de la vivienda asistida y de las instituciones de atención de largo plazo. 3. Calidad de atención y respeto a la persona en programas de atención a largo plazo.

Fuente: IMSS. Programa de Administración de Riesgos Institucionales, 2003.

⁴⁷ Partida V. *Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050*. DEMOS 2001.

⁴⁸ El reto más importante para el Instituto en este momento, es la consecución de la reforma al sistema de pensiones y jubilaciones que pretende el incremento paulatino del uno por ciento anual a las aportaciones de los trabajadores en activo al fondo de pensiones, de tal manera que se pase del 3 a 6 por ciento de su sueldo en el 2006, así como establecer la edad de retiro en 60 y 65 años pues al día de hoy las jubilaciones se otorgan a los 27 y 28 años de labores, sin límite de edad.

2.3 Los Factores Económicos y Sociales en el Entorno de los Adultos Mayores

2.3.1 Perfil de vida del anciano

Entre los aproximadamente 7.6 millones de adultos mayores que había en el país al año 2003, se pueden distinguir las siguientes características:

- ◆ El 57 por ciento de ellos reside en localidades suburbanas (menos de 100 000 habitantes) con una distribución por sexo prácticamente simétrica.
- ◆ El 62 por ciento están casados o viven en unión libre; el 33 por ciento son divorciados, separados o viudos; y el 5 por ciento permanecen solteros.
- ◆ En el 19 por ciento de los hogares mexicanos el jefe de familia tiene 60 años o más. El tamaño promedio de estas familias es de 3.7 integrantes y sólo 1.4 hijos promedio permanecen en el hogar. El ingreso promedio en estas casas es de 6,720 pesos al mes.
- ◆ Más de la mitad de esta población únicamente cuenta con estudios de primaria –en la mayoría de los casos incompleta–, el 36 por ciento son analfabetas y sólo alrededor del 6 por ciento recibió educación media superior o más.
- ◆ El 10.8 por ciento de los adultos mayores padecen alguna discapacidad.
- ◆ El IMSS protege a más de la mitad de adultos mayores y de esta población derechohabiente el 52 por ciento es beneficiaria y el 36 por ciento jubilada o pensionada.
- ◆ Uno de cada cinco cuenta con una pensión, la cual se deriva de una relación de trabajo en la mayoría de los casos.
- ◆ El 29 por ciento está económicamente activo, siendo mayor la proporción de hombres.
- ◆ El 49 por ciento de esta población no cuenta con seguridad social.
- ◆ El cohorte de edad 60-69 años depende más de las pensiones y su remuneración al trabajo, mientras que para las personas con 70 años o más el 35 por ciento de su ingreso individual total proviene de la ayuda financiera familiar (ENASEM 2001).

2.3.2 Distribución de adultos mayores por actividad económica

En varias sociedades la imagen de la vejez corresponde a personas de edad avanzada que son económicamente inactivas e incapacitadas para el trabajo, sin embargo esto no parece coincidir con la realidad actual y futura de los adultos mayores. Si bien es cierto que la participación de esta población en la actividad económica es aparentemente baja respecto al total de la población económicamente activa (PEA) –6 por ciento⁴⁹–, se tiene que el 29 por ciento del total de adultos mayores trabajan, la mayoría en ocupaciones informales (81 por ciento); el 88 por ciento de las mujeres permanecen económicamente inactivas, principalmente por dedicarse a los quehaceres domésticos, mientras que la tasa de participación masculina es de 49 por ciento⁵⁰. Cabe señalar que en 2000 el 2.33 por ciento de los asegurados permanentes del IMSS (282 923 personas) eran adultos mayores.

Cuadro II.18. Tasas de participación económica y tipo de ocupación para los adultos mayores, 2000

Entidad federativa	Tasa de participación (por cien)			Porcentaje en ocupaciones formales			Porcentaje en ocupaciones informales		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
República Mexicana	29.08	48.75	11.77	19.49	20.82	14.98	80.51	79.18	85.02

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

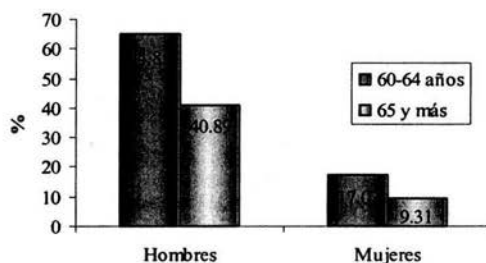
Al desagregar esta PEA por grupos de edad, las tasas se incrementan: en el grupo 60-64 alcanza niveles de 64.8 por ciento para hombres y 17 por ciento para mujeres, y en el de 65 y más, 40.8 por ciento y 9.3 por ciento respectivamente. Además de la población adulta mayor ocupada el 37 por ciento está en el sector primario, el 18 por ciento en el secundario y el 45 por ciento en el terciario⁵¹.

⁴⁹ Cálculos propios con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000. (tabulados P.p. 716)

⁵⁰ Información de la página web de CONAPO, en el archivo de Adultos Mayores.

⁵¹ Las actividades del sector primario son aquellas en que los recursos naturales intervienen de manera directa en el proceso productivo, incluye agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca; las del sector secundario requieren para su elaboración de la intervención de un procesamiento industrial, incluye minería, industria manufacturera, construcción, electricidad, gas y agua; y en el sector terciario se agrupan aquellas actividades que se relacionan con el comercio y los servicios, incluye restaurantes y hoteles, transporte, almacenamiento y comunicaciones, servicios financieros, seguros e inmuebles y servicios comunales, sociales y personales.

Gráfica II.8. Tasas específicas de participación económica por edad y sexo, 2000



Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Cuadro II.19. Distribución de los adultos mayores ocupados por sector económico, 2000

Entidad federativa	Porcentaje en el sector primario			Porcentaje en el sector secundario			Porcentaje en el sector terciario		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
República Mexicana	37.16	44.57	11.99	17.76	19.04	13.43	45.08	36.39	74.58

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

2.3.3 Condición de trabajo y actividad de los adultos mayores

Debido a la escasa cobertura de los sistemas tanto de seguridad social como de pensiones y jubilaciones, la mayoría de las personas con 60 años y más siguen trabajando hasta edades tardías, siempre y cuando la discapacidad o la muerte no se los impidan. La mitad de ellos lo hace por su propia cuenta, el 26 por ciento son empleados u obreros, el 10 por ciento jornaleros o peones y sólo el 5 por ciento son patrones.

Cuadro II.20. Distribución porcentual de los adultos mayores ocupados por situación en el trabajo, 2000

Situación en el trabajo	Total	Hombres	Mujeres
Empleados u obreros	26.33	25.66	28.61
Jornaleros o peones	10.43	12.58	3.12
Patrones	4.83	5.20	3.55
Trabajador por su cuenta	51.07	49.86	55.18
Trabajador sin pago	7.34	6.69	9.53

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

En México sólo un poco más de la mitad de los empleados y obreros tiene acceso a servicio médico o cuenta con vacaciones, aguinaldo o algún fondo para el retiro y casi uno de cada tres no disfruta de ninguna de estas prestaciones⁵².

2.3.4 Distribución de adultos mayores por ingreso y condición de trabajo

Las estimaciones del CONAPO sobre la distribución de adultos mayores según ingreso por trabajo en salarios mínimos, señalan que poco más de un cuarto de la población adulta mayor no percibe ingresos, cerca de la mitad sólo recibe entre la mitad de un salario mínimo y dos, y en el 23 por ciento restante sus ingresos van de dos hasta más de diez salarios mínimos. De acuerdo a la ENASEM (2001) en el grupo de edad 60-69 años, los ingresos por trabajo representan cerca de una tercera parte de las entradas económicas mientras que el 25 por ciento corresponde a la ayuda familiar; en el caso del grupo de 70 años y más los papeles prácticamente se invierten.

Cuadro II.21. Distribución de adultos mayores según ingreso por trabajo en salarios mínimos

Sexo	No recibe ingresos	Hasta 50% de un s.m.	Más de 50% hasta menos de un s.m.	De 1 hasta 2 s.m.	Más de 2 hasta menos de 3 s.m.	De 3 hasta 5 s.m.	Más de 5 hasta 10 s.m.	Más de 10 s.m.
Total	26.14	10.18	14.94	25.49	9.52	6.35	4.22	3.16
Hombres	27.84	6.60	13.63	26.93	10.36	6.60	4.46	3.60
Mujeres	20.09	22.95	19.61	20.35	6.54	5.47	3.37	1.61

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Cuadro II.22. Ingreso y proporción de ingreso por fuentes y grupos de edad (pesos)

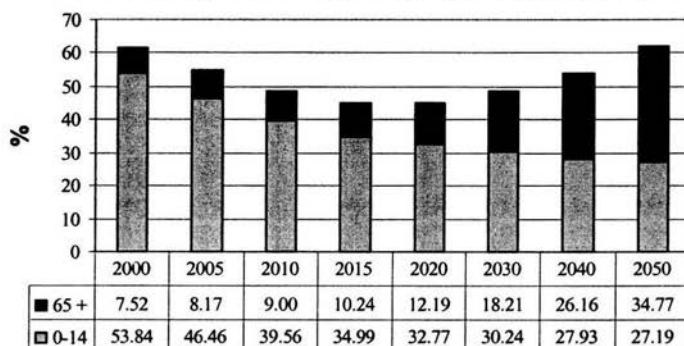
Ingreso y fuente	50-59 (n=5880)	60-69 (n=3824)	70+ (n=2733)	Total (n=12437)
Ingreso Mediano	1,500	1,192	708	1,150
Ingreso Medio	4,891	2,187	2,792	3,578
Proporción: %				
Laboral	82.3	29.6	21.9	61.4
No Laboral	4.8	18.0	23.6	10.8
Pensiones	4.2	26.7	19.4	11.2
Ayuda Familiar	8.7	25.7	35.1	16.6

Fuente: Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

⁵² Los Estados con mayor porcentaje de empleados u obreros sin prestaciones son Michoacán y Chiapas (44 y 43 por ciento respectivamente), seguidos de Oaxaca y Puebla (41.8 y 40.1 por ciento).

En la actualidad existen en el país alrededor de once adultos de 60 años o más por cada cien personas económicamente activas, en el 2030 y el 2050 la relación aumentará a 28 y 50 por cada cien respectivamente. Así mismo, mientras el índice de dependencia de las personas de más de 65 años pasará de 7.52 por ciento en 2000 a 34.77 por ciento en 2050, el de 0-14 años disminuirá 26.65 puntos porcentuales, pasando de 53.84 por ciento a 27.19 por ciento en el mismo periodo.

Gráfica II.9. Índice de dependencia de los mayores de 65 años de edad, 2000-2050



Fuente: Elaboración propia con base en las Proyecciones de la Población de México, 2000-2050

2.3.5 Distribución de adultos mayores por nivel educativo

El bajo nivel educativo en las actuales generaciones de adultos mayores, refleja la mayor sobrevivencia de los nacidos antes de la década de 1940 y que no experimentaron la universalización del sistema de educación en el país. La tasa de analfabetismo en este grupo de edad es de 30.14 por ciento total⁵³ (23.98 por ciento hombres y 35.56 por ciento mujeres), un poco más de la mitad (51.77 por ciento) sólo tiene estudios de primaria –en su mayoría incompleta–, el 6.33 por ciento cuenta con instrucción secundaria y sólo el 6.03 por ciento tuvieron educación media superior o más.

⁵³ Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Cuadro II.23. Distribución porcentual de los adultos mayores por nivel educativo, 2000

Nivel Sexo	Sin instrucción	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Media superior o más
Total	35.87	34.79	16.98	1.06	5.27	6.03
Hombres	31.90	37.11	16.56	1.31	4.97	8.15
Mujeres	39.36	32.75	17.34	0.84	5.53	4.17

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

No obstante se espera que las condiciones educativas de las futuras generaciones de adultos mayores mejoren. Según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, el 90.45 por ciento de la población de 15 años y más es alfabeta, el 51.77 por ciento cuenta con instrucción posprimaria: 24.20 por ciento tiene estudios de secundaria y/o carrera técnica comercial y el 27.57 por ciento educación media superior y superior; de la población de 18 años y más el 11.41 por ciento ha recibido algún grado de instrucción superior y el 0.68 por ciento cuenta con posgrado. Falta mucho por hacer en materia de educación en el país, pero las exigencias del mundo moderno nos están llevando a tener una mejor preparación cada día.

2.3.6 Los cambios en las pautas sociales y entornos de la familia

Cada vez será más frecuente la coexistencia de varias generaciones en la misma casa, lo que obligará la repartición intergeneracional de roles; destaca la vigencia de los adultos mayores como cabezas de familia y su necesidad de ingresos propios suficientes ante la reducción del apoyo económico de los familiares y la escasez del monto de las pensiones. Según estimaciones del CONAPO, el porcentaje de hogares con adultos mayores asciende a 23.28 por ciento, aquellos cuyo jefe de familia tiene 60 años o más de edad representan el 18.96 por ciento y donde sólo viven adultos mayores es de 5.36 por ciento.

Cuadro II.24. Distribución de los adultos mayores por tipo de hogar* según condición de derechohabencia a seguridad social, 2000

Condición de Derechohabencia	Nuclear	Ampliado	Compuesto	Unipersonal	Corresidentes
Con seguridad social	50.85	48.40	49.33	42.77	48.27
Sin seguridad social	49.15	51.60	50.67	57.23	51.73

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

* NUCLEAR: padre, madre y pocos hijos.

AMPLIADO: cuando se vive con otros parientes; por ejemplo, tíos, abuelos, primos, etc.

COMPUESTO: hogar formado por dos núcleos; por ejemplo, papá, mamá, hijo y la familia del hijo.

UNIPERSONAL: formado por una persona.

CORRESIDENTES: cuando se vive con otras personas no familiares como amigos, compañeros, etc.

Será necesario reforzar las redes de apoyo social y familiar pues la ayuda informal constituye el pilar más importante del país. De acuerdo al ENASEM 2001 (Sección H: *Funcionalidad y Ayuda con ABVD y AIVD*), el 92 por ciento de las personas mayores dijeron ser ayudadas por algún familiar –principalmente hijos– en sus actividades tanto básicas como instrumentales y el 8 por ciento restante por alguna otra persona –en ocasiones pagada–; en consecuencia el apoyo fue brindado durante todo el mes, con un porcentaje ligeramente mayor en el caso de las ABVD (74.07 por ciento de las ocasiones mientras que para las AIVD fue el 66.18 por ciento); es importante mencionar que el tiempo que dedica una persona al cuidado de un anciano puede representar una parte considerable de su tiempo libre, siendo en el mayor de los casos las mujeres las que realizan esta actividad, el 51.85 por ciento de los cuidadores informales ayudaron a la persona dependiente entre una y tres horas en la realización de sus ABVD, aumentado el porcentaje en el caso de las AIVD (62.72 por ciento).

En el ámbito social deberá haber una mayor difusión de las tendencias demográficas del país y de las características de los distintos grupos poblacionales, con el fin de concientizar a la sociedad y cambiar el concepto de que “vejez” es equivalente a personas económicamente inactivas e incapacitadas para el trabajo, con un franco declive a la decrepitud.

2.3.7 Vulnerabilidad económica y su manejo por tipo de actor

En la adultez el trabajo constituye un elemento fundamental en la calidad de vida de los miembros de los hogares, las condiciones de vida y el bienestar que pueden alcanzar los trabajadores y sus familias están íntimamente relacionados con el monto de sus ingresos y, en su caso, con el goce de las prestaciones sociales que señala la ley federal del trabajo. Sin embargo, en México una proporción significativa de trabajadores en edad adulta general no cuenta con las prestaciones laborales establecidas por la ley (28.3 por ciento), tornándose vulnerables ante cualquier contingencia.

Cuadro II.25. Porcentaje de empleados u obreros según condición de prestaciones, 2000

Entidad Federativa	Con servicio médico	Con Prestaciones*	Sin prestaciones
República Mexicana	56.0	55.6	28.3

* Las prestaciones referidas son: vacaciones, aguinaldo y cotización al SAR o AFORE.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las muestras del XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Es por ello la importancia de los sectores público, privado y familiar, en el manejo de esta condición de vulnerabilidad que afecta a toda la población, pero sobre todo a los adultos mayores que se han retirado definitivamente de la actividad económica y que es el grupo de edad que nos ocupa.

2.3.7.1 El cuidador informal o familia

Las insuficiencias y/o deficiencias de la seguridad social en el país explican las altas tasas de participación económica en la población de 65 años y más, así como la situación de dependencia respecto a las redes sociales y familiares de apoyo en la que viven miles de personas mayores. En el año 2000, un hogar de cada doce contaba con un adulto mayor que no disfrutaba de servicios de seguridad social⁵⁴ y en dos terceras partes de los hogares vivía una persona de 65 años o más en iguales circunstancias⁵⁵.

Para manejar la vulnerabilidad económica de las personas mayores, a nivel individual y familiar es necesario reducir el riesgo con acciones preventivas como lo son: mejorar los patrones de consumo, promover el ahorro y en su caso las inversiones, crear una cultura de planeación y prevención de contingencias al interior de la familia, fomentar la solidaridad intergeneracional, etc.

2.3.7.2 El sector público

Es deber del sector público vigilar el estricto cumplimiento de la ley laboral, así como desarrollar políticas económicas y sociales para garantizar y mejorar la protección que brinda la seguridad social a los mexicanos. El bono demográfico con el que, según señala CONAPO,

⁵⁴ Estos porcentajes se elevan en los Estados de mayor pobreza y marginación: 13 por ciento en Puebla y Guerrero, y 15 por ciento en Oaxaca.

⁵⁵ En Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Puebla este porcentaje asciende a 80 por ciento o más.

cuenta nuestro país debe ser capitalizado ya que la oportunidad no es beneficiosa por sí misma; es preocupante que vivamos esta etapa con una economía estancada, con una limitada creación de empleos y una muy desbalanceada estructura laboral.

2.3.7.3 El sector privado

La mayoría de los adultos mayores no cuenta la “protección garantizada” de una pensión o jubilación, y cuando tiene acceso a ellas, los recursos son insuficientes para cubrir las necesidades básicas. El sector privado tiene aquí su oportunidad de ofertar bienes y/o servicios como anualidades, rentas, servicios médicos, etc., para compensar tal situación y mitigar sus efectos.

2.3.8 Perspectivas para el corto, mediano y largo plazo

El acelerado envejecimiento demográfico en nuestro país y el consecuente cambio en el perfil epidemiológico, dan cuenta de los retos que habrán de afrontar sociedad y gobierno; para ello será necesario establecer un plan de acciones a corto, mediano y largo plazo que garanticen la atención equitativa y de calidad de las nuevas demandas sociales, así como la sustentabilidad financiera de los sistemas de salud. México cuenta con un bono demográfico⁵⁶ de aproximadamente veinte años para preparar esas respuestas, considerando que su proceso de envejecimiento adquirirá un mayor impulso cuando las generaciones nacidas en los periodos de alta fecundidad⁵⁷ (ente 1960 y 1990) ingresen al grupo de edad de 60 años y más, es decir, a partir del 2020⁵⁸.

En el corto plazo se deberán llevar acabo acciones de tipo gerontológico-geriátricas, como campañas de promoción de la salud y de prevención de la vejez patológica, para limitar los daños que causan las enfermedades crónico-degenerativas y el impacto económico que

⁵⁶ También llamado por CONAPO “ventana de oportunidad”, se refiere al periodo donde concurrirán las condiciones demográficas más favorables para el desarrollo económico de un país, cuando la población en edad laboral (entre 15 y 64 años) aumentará y la población dependiente (menores de 15 años y mayores de 64) disminuirá su tamaño.

⁵⁷ La fecundidad en México alcanzó su valor más alto a mediados de la década de 1960, con una tasa de fecundidad de 7.3 hijos por mujer.

⁵⁸ CONAPO. *La situación demográfica de México*. 2003

tienen debido a los elevados costos que representa una estancia hospitalaria prolongada, un alto consumo de medicamentos, así como las erogaciones derivadas del cuidado familiar.

Con el aumento en la esperanza de vida de los mexicanos el “tiempo de vida familiar y social” será mayor, por lo que en el mediano plazo habrá de promoverse una revolución cultural dirigida a revalorizar la imagen social de los ancianos para brindarles un trato justo, garantizarles el ejercicio pleno de sus derechos, otorgarles condiciones de vida dignas, fortalecer la solidaridad intergeneracional y evitar que la “muerte social” anteceda a la biológica.

Finalmente, conforme se desarrolle el fenómeno los estilos de vida y patrones de consumo cambiarán, la demanda de algunos bienes y diversos servicios especializados se incrementarán considerablemente⁵⁹. Por ello en el largo plazo será necesario crear más oportunidades de trabajo para los adultos mayores, modificar los espacios públicos y privados con el equipamiento pertinente para hacerlos más funcionales, y sobre todo se deberá desarrollar la atención gerontológica en las unidades médicas de primer nivel, con capacitación de equipos interdisciplinarios; en el segundo nivel crear unidades de evaluación geriátrica para que a través del estudio multidimensional de la salud de la persona se den diagnósticos y/o tratamientos más certeros y precisos; y en el tercer nivel establecer unidades de investigación gerontológico o geriátrica.

⁵⁹ En los servicios se requerirán menos guarderías, escuelas de educación básica, así como establecimientos obstétricos y pediátricos; pero se demandarán más hospitales, asilos, albergues y servicios de recreación para ancianos, además serán necesarios nuevos modelos de atención para la población geriátrica como centros y hospitales de día, “unidades de respiro” para pacientes con demencia a fin de evitar hospitalizaciones innecesarias y a la vez aliviar en la medida de lo posible el agobio del cuidador, e integración de unidades de evaluación geriátrica en el ámbito hospitalario y gerontológica en las unidades de primer nivel.

CAPÍTULO III.

LA ESTRUCTURA TECNICA DEL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

3.1 La naturaleza y Sujetos del Seguro de Cuidados de Larga Duración

3.1.1 El propósito del Seguro

Se han hecho grandes esfuerzos para aumentar la esperanza de vida de los mexicanos, sin embargo, ahora las preguntas son: ¿En qué condiciones vamos a vivir cuando seamos viejos? y ¿Cómo vamos a protegernos a nosotros mismos y a las finanzas de nuestra familia, en caso de que una enfermedad no terminal, pero incapacitante, nos obligue a depender de terceros?. Muchas veces tememos llegar a edades avanzadas por la incertidumbre de la calidad de vida que podamos tener, ya que a pesar de que a lo largo de nuestra vida adquirimos conocimientos y habilidades en diversos ámbitos, pocas veces nos preparamos para envejecer.

Sin duda uno de los mayores riesgos financieros para una persona mayor de 50 años, es el muy elevado costo que implican los cuidados de larga duración⁶⁰. Estos abarcan una variedad de servicios multidisciplinarios, dirigidos a personas de edad avanzada con padecimientos crónico-degenerativos (físicos y/o mentales) o con alguna discapacidad, para brindarles calidad de vida. Los cuidados van desde lo asistencial o custodia (Ej. Ayuda para los quehaceres del hogar, para actividades personales como el vestirse, comer, caminar, etc.), hasta la atención más sofisticada, proporcionada por terapeutas, médicos, enfermeras y demás personal especializado.

⁶⁰ En EUA el costo promedio, por un año de atención, en una institución geriátrica especializada va de los 41,000 a los 60,000 dólares aproximadamente; es por ello que el 50 por ciento de las parejas y el 70 por ciento de las personas solteras quedan empobrecidas después de un año de estos servicios.

El objetivo del Seguro de Cuidados de Larga Duración es cubrir total o parcialmente la asistencia o cuidados de aquellos adultos mayores que se encuentren en una situación de vulnerabilidad que no les permita ser autosuficientes. La prestación puede ser indemnizatoria o en especie, es decir, a través de un amplio rango de servicios tanto especializados, intermedios como de custodia, que pueden ser provistos en clínicas, a domicilio, residencias asistidas e incluso instituciones especializadas. La contratación de este seguro, por medio de una prima asequible, permite al asegurado proteger su persona, su familia y su patrimonio de este evento además de darle tranquilidad respecto a un futuro cuyas contingencias no puede conocer.

3.1.2 Mecanismo Operativo

El mecanismo operativo depende del tipo de seguro que sea, un sistema de previsión social del Estado o un seguro privado. Para el primero, la financiación se hace mediante contribuciones y el acceso a las prestaciones está en función del grado de dependencia del asegurado. En el otro caso, el financiamiento es a través del pago de primas que varían según la edad del asegurado y de las prestaciones y/o servicios contratados.

De cualquier manera, dada la imposibilidad del sistema público para dar una cobertura integral al riesgo de dependencia por el alto costo que esto representa, será necesario un sistema privado que lo complemente.

3.1.3 Los sujetos amparados por el seguro. Análisis de la demanda

El seguro de cuidados de largo plazo está dirigido a la población mayor de 65 años, debido a que es la tercera edad donde se presentan con mayor frecuencia los síntomas y efectos de una pluripatología crónica y/o degenerativa, que suele derivar en deterioro funcional. Dichas personas demandarán sobre todo cuidados asistenciales más que atención médica especializada, por lo que este seguro será una pieza fundamental en el sistema sanitario del futuro.

La esperanza de vida en salud nos proporciona información significativa del número de años que espera vivir una persona de edad x en condiciones saludables, sin embargo, para anticipar y planificar la inversión que deberá realizarse para cubrir el riesgo de dependencia lo que realmente interesa es el número de personas que integrarán la demanda y saber qué es lo que demandarán. Aunque también cabe mencionar que de acuerdo a las proyecciones de población, es de esperarse que la demanda de servicios de todo tipo por parte de las personas de edad avanzada sea mucho mayor, independientemente de lo que ocurra con su estado de salud.

A continuación se presenta una previsión del número de adultos mayores incapacitados hasta el año 2020, es decir, un lustro después de que la población mexicana haya transitado de la madurez al envejecimiento. Para el cálculo de esas cantidades se aplicaron las tasas de prevalencia de incapacidad⁶¹ a la población total de 60 años y más, separada por grupos quinquenales de edad y por sexo; esto bajo la hipótesis neutra de que el estado de salud asociado a las distintas edades permanecerá invariable a lo largo del periodo de análisis.

Cuadro III.1. Tasas de prevalencia de incapacidad, según edad y sexo (%)

Edad	Hombres	Mujeres
60-64	10.45	18.67
65-69	15.64	25.00
70-74	22.10	32.11
75-79	29.81	39.88
80-84	38.75	48.21
85-89	48.83	57.00
90-94	59.97	66.14
95-99	72.08	75.56
100 o más	85.06	85.18

Fuente: Roberto Ham Chande (2000)
Envejecimiento y esperanza de vida activa

⁶¹ Obtenidas por el Dr. Roberto Ham Chande y publicadas en *La población de México: situación actual y desafíos futuro*, CONAPO 2000. Dichas tasas se obtuvieron a partir de la ENSE '94; los indicadores considerados fueron la visión, la capacidad para subir escaleras y la habilidad para manejar dinero, por ser los que presentaron menos irregularidades en la encuesta.

Cuadro III.2. Población incapacitada a mitad de año, por gpos. quinquenales de edad y sexo, 2000-2020

Edad / Año	2000		2005		2010		2015		2020	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
60-64	108,146	214,845	126,860	251,762	153,637	305,258	193,141	384,122	241,454	479,707
65-69	124,079	227,803	146,016	267,373	172,300	315,128	209,858	384,082	265,167	485,492
70-74	123,680	214,452	150,819	261,220	178,740	308,935	212,305	366,617	260,181	449,588
75-79	108,773	181,742	133,935	223,355	164,759	274,836	196,808	327,976	235,478	392,382
80-84	80,744	131,490	102,765	167,257	127,949	208,370	158,946	259,452	191,533	312,864
85-89	56,420	89,861	64,105	102,169	82,663	132,196	104,215	167,339	130,869	211,233
90-94	32,883	50,934	34,880	54,034	40,561	63,283	53,056	83,496	67,818	107,655
95-99	11,725	17,600	14,034	20,898	15,099	22,674	18,063	27,527	23,978	37,085
100 o más	2,338	3,397	2,923	4,214	3,580	5,169	3,929	5,774	4,825	7,246
Total	648,787	1,132,124	776,338	1,352,281	939,287	1,635,847	1,150,320	2,006,387	1,421,303	2,483,251

Total	1,780,911	2,128,619	2,575,134	3,156,707	3,904,554
--------------	------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones poblacionales, 2000-2050 del CONAPO y las tasas de prevalencia de incapacidad.

Como puede observarse las tasas de prevalencia de incapacidad son mayores en las mujeres, en todos los grupos de edad; no obstante, para la población de 100 años y más de ambos sexos el porcentaje prácticamente se iguala. Esta situación también se ve reflejada en el número de personas incapacitadas y concuerda con lo señalado de que son las mujeres quienes sufren una mayor carga de morbilidad y discapacidad.

Si bien los resultados obtenidos no consideran la evolución de la incidencia de minusvalías por edad y sexo, ni factores tan diversos como: el contexto familiar, social y geográfico, la situación económica o los cambios tecnológicos, si proporcionan un punto de referencia inicial de lo que será la demanda de cuidados de larga duración.

3.1.4 Condiciones para su otorgamiento. Análisis de la oferta

De acuerdo a las recomendaciones de la OMS y el Milbank Memorial Fund (MMF) todas las personas de la tercera edad que necesiten cuidados deberán tener acceso a servicios de cuidados de larga duración independientemente de su edad, género o ingresos. El grado de necesidad de dichos cuidados y su duración debería determinarse para cada persona en el momento de su entrada en el sistema, y luego debería actualizarse con regularidad.

Para el SSD, el criterio de acceso deberá ser la valoración del grado de dependencia⁶² de los potenciales beneficiarios (de preferencia combinado con su nivel de pobreza). Con la finalidad de evitar comportamientos oportunistas, se propone la utilización del Índice de Katz ampliado, para medir no sólo la capacidad biológica (ABVD) sino para cubrir también aspectos como la capacidad cerebral y aspectos psicológicos; y la escala de Lawton para valorar las AIVD. Dichos instrumentos no miden la carga asistencial pero son los más frecuentemente utilizados, aún en nuestro país, para la determinación de la capacidad funcional del individuo; por medio de estas evaluaciones se garantizaría que sólo los adultos mayores, con una necesidad real de cuidados, tuvieran derecho a la cobertura.

En cuanto al seguro privado, las condiciones para el otorgamiento de prestaciones dependerán de la cantidad, tipo de necesidades y lugar de provisión de los servicios. Los límites de edad para su compra serán de los 35 hasta los 60 años; en caso de renovación el asegurado podrá contar con protección vitalicia. Se deberán diseñar ventajas relacionadas con la edad y antigüedad del asegurado para promover su compra temprana.

La certificación de las instituciones que proporcionen el servicio resultará fundamental para garantizar al asegurado sus derechos como consumidor, pues debido a que el seguro de cuidados de larga duración debe ser pagado durante por lo menos 10 años (aproximadamente) antes de que se otorguen los beneficios contratados, es importante comprobar el sustento financiero y la confiabilidad de la compañía a elegir.

3.1.5 Cobertura de aseguramiento

Se podría decir que actualmente la prestación más extendida por parte de la seguridad social, dirigida a la dependencia, es la puesta en marcha de diversos programas enfocados en la prevención de enfermedades. Un “envejecimiento exitoso” incluye el buen funcionamiento de habilidades físicas y mentales, proviene de hábitos saludables en la alimentación, el sueño y la actividad física, así como de evitar adicciones. El Sistema Nacional de Salud promueve tanto el

⁶² Es importante recalcar la necesidad de una estandarización para el diagnóstico de dependencia funcional, pues al existir diferentes definiciones, los estudios no pueden ser comparados adecuadamente.

autocuidado de la misma como la prevención de enfermedades, lo cual propicia una mayor oportunidad en el otorgamiento de servicios y por otra parte, con la realización de diagnósticos tempranos se evitan o retrasan la aparición de padecimientos –principalmente crónico degenerativos– y sus consecuentes gastos catastróficos que afectan a las familias, en particular a las de menos recursos⁶³.

En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social existe el programa PREVENIMSS⁶⁴, cuyo esquema se describe a continuación:

⁶³ SSA. *Programa de Acción: Atención al envejecimiento*. 2001

⁶⁴ El modelo de atención a la salud que el IMSS ha desarrollado es de carácter integral, con base en la prevención, curación y la rehabilitación. Sin embargo, el énfasis principal siempre ha sido el de la curación, es decir, la atención del daño y no su prevención, lo que aunado a la transición demográfica y epidemiológica se ha traducido en elevados gastos de atención médica y en coberturas e impactos limitados para las acciones de carácter preventivo. Para dar respuesta a esta problemática, el Instituto diseñó la estrategia PREVENIMSS durante 2001, y la implementó y puso en operación durante 2002; su objetivo es prestar servicios de carácter preventivo, de acuerdo a las necesidades de cada grupo de edad.

Gráfica III.1. Esquema del programa PREVENIMSS y su contenido para la atención a los adultos mayores



Fuente: Elaboración propia con base en la información *web* del programa PREVENIMSS.

Para el sector privado, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), en su artículo 8, fracción V, define al ramo de salud como los contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado. Entendiendo que el Seguro de Cuidados de Larga Duración para Adultos Mayores está enfocado a la prevención, atención y rehabilitación de un estado de deterioro funcional (físico y/o mental) en edades avanzadas, puede ser considerado dentro del ramo de salud.

Un seguro de cuidados de largo plazo cubre total o parcialmente la asistencia (especializada, intermedia o de custodia) de los adultos mayores dependientes, por medio de una indemnización y/o prestaciones en especie. Sin embargo, por tratarse de un seguro del tipo de salud puede incluir el servicio de medicina preventiva.

3.1.6 Calidad de servicios

Los derechos de cualquier consumidor, entendiendo a éste como toda persona que contrata bienes y/o servicios, giran entorno a aspectos fundamentales como: la calidad del producto, precio, garantía y responsabilidad del oferente; por tanto, una sana política de cuidados de largo plazo debe considerar el acceso, la equidad, el costo, la calidad y la continuidad de este tipo de servicios.

Tratando particularmente el criterio de calidad, cabe mencionar que en enero de 2001 dio inicio la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, que es la estrategia del Gobierno Federal para colocar la calidad como un valor fundamental de la cultura de las organizaciones de los servicios de salud, en beneficios de la población. Los objetivos principales de esta campaña son:

1. Proporcionar a los pacientes atención médica efectiva, eficiente, ética y segura, es decir que, se logren alcanzar los resultados esperados por los usuarios, con la óptima utilización de recursos disponibles, total apego a los valores socialmente aceptados y el menor riesgo posible.
2. Promover un trato digno y adecuado a los usuarios de los servicios de salud, respetando sus derechos humanos y sus características individuales, dándoles información completa, veraz, oportuna y entendible, así como atendiendo con amabilidad.
3. Incorporar a la población en la promoción de la calidad, como sujeto activo del proceso de cambio, para que aprenda a seleccionar servicios de salud de calidad, a motivar y reconocer los esfuerzos institucionales en este sentido y a validar los resultados alcanzados.
4. Ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud.
5. Favorecer la coordinación del sector salud a nivel nacional.

Para alcanzar esos objetivos se han diseñado líneas estratégicas con propósitos muy focalizados, entre los que están:

- Elaboración y difusión códigos de ética para los prestadores de servicios;
- Elaboración y difusión de los derechos de los pacientes;
- Educación sobre, para y de calidad;

- Información para, sobre el usuario y el desempeño;
- Sistemas de mejora continua;
- Estandarización de procesos y monitoreo de resultados;
- Implementación de mecanismos múltiples para la recepción de quejas y sugerencias sobre la calidad de la atención;
- Reconocimiento del desempeño e implementación de estímulos;
- Certificación de individuos y organizaciones;
- Establecimiento de Comités Estatales de Calidad;
- Racionalización estructural y regulatoria;
- Participación social;
- Mejoras de alto impacto en los aspectos técnicos de la atención (dotación de equipos, abasto oportuno de medicamentos, disminución de los tiempos de espera, organización de los servicios, comunicación médico-paciente, utilización de los espacios, etc.);
- Elaboración de un diagnóstico puntual de las condiciones en que se encuentran las instalaciones del sector salud;
- Impulso a las mejoras en otros ámbitos que influyan en la calidad.

Estas acciones tienen aplicación tanto en el sector público como en el privado y su consideración en los cuidados de larga duración, dado que son un servicio de salud, será muy importante; sobre todo si recordamos que se trata de prestaciones dirigidas a individuos con múltiples vulnerabilidades.

3.1.7 Satisfacción de asegurados

La satisfacción del usuario de los servicios de salud está íntimamente relacionada con su percepción de la calidad de los mismos; de acuerdo a encuestas de la Secretaría de Salud, los motivos de una buena o mala calidad para los usuarios dependen de un trato amable, recibir la atención esperada, la preparación del personal, el tiempo de espera para recibir cita y consulta, resultados en la salud, la confianza del paciente con el personal que lo atiende, la revisión médica, el costo, recibir tratamiento adecuado, la suficiencia de equipo, personal, materiales y medicamentos, la limpieza, recibir información completa y comprensible sobre su diagnóstico

y tratamiento, el tiempo de consulta, recibir el servicio cuando lo necesita, el horario de atención y tiempo de traslado. Por lo tanto deberán fomentarse estos aspectos y hacerlos cada vez más evidentes, a través de la promoción del arraigo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en los prestadores de los servicios de salud.

3.2 Condiciones Generales del Seguro de Cuidados de Larga Duración

3.2.1 Las prestaciones del seguro

Los cuidados de largo plazo son muy costosos y considerando las limitaciones del financiamiento público, debe definirse un paquete básico de cobertura, por parte de la seguridad social y los sistemas públicos de salud, que busque únicamente garantizar al adulto mayor la posibilidad de conservar su funcionalidad en tanto se pueda. Dichas prestaciones pueden consistir en: servicios médicos y de enfermería domiciliarios, atención geriátrica interdisciplinaria, entrega del material de curación requerido para la atención del paciente por parte de sus familiares, programas educativos dirigidos a los cuidadores respecto a los servicios que han de brindar, servicios comunitarios de atención familiar y redes de apoyo, así como atención geriátrica hospitalaria general y de especialidades para los casos más severos.

En 1990 el IMSS, principal institución de seguridad social en el país, puso en marcha el “Programa de Atención Domiciliaria en el Paciente Crónico”⁶⁵ (ADEC), con prioridad a los pacientes geriátricos, a fin de proporcionarles atención médica no sólo hospitalaria sino también a domicilio por medio de procedimientos básicos y con la participación activa del adulto mayor y sus familiares, para integrarlos tempranamente al autocuidado de su salud. Entonces un primer paso puede ser el mejorar y hacer extensivo dicho programa, a través de un financiamiento específico, para establecerlo como la asistencia social de dependencia. Esta tesis establece como alternativa, que la ayuda al adulto mayor se mida en horas de acuerdo al nivel de dependencia y que se otorgue a través del diseño de actividades para prestadores de servicio social de las carreras involucradas, con becas de la SEDESOL.

⁶⁵ En el D.F. se implementó por primera vez en 1997, en el Hospital Regional No. 1 “Gabriel Mancera”.

En cuanto al sector privado, este trabajo propone que el manejo del seguro de dependencia sea similar al seguro de salud. En una etapa inicial del seguro en nuestro país, se podrían ofertar garantías globales en forma de rentas mensuales⁶⁶, crecientes según el nivel de dependencia⁶⁷ y revalorizadas un 5 por ciento –según esquemas internacionales– por concepto de inflación, con la opción de dirigir estos recursos a la adquisición de asistencia y servicios tanto para la persona dependiente como para su familia o cuidadores (atención domiciliaria, centros de día, clínicas geriátricas, etc.). Considerando la experiencia del mercado francés, esta fórmula resulta más sencilla y flexible para el asegurado pues le da libertad en el uso de la prestación abonada, además de que ofrece una mejor garantía de éxito para la aseguradora porque entre otras ventajas, se ha visto que sus costos de administración y gastos de gestión son menos elevados con respecto al contrato indemnizatorio. Por otra parte, la fórmula global permite un mayor control de los siniestros ya que cubre únicamente una dependencia total e irreversible y no pérdidas temporales de la autonomía, limitando el riesgo de pago por parte de la aseguradora.

En relación con este último punto y tomando en cuenta que la edad mínima de suscripción sería 35 años, bajo la hipótesis de que las reclamaciones se presentarán después de los 70 años de edad, también se podrían ofrecer servicios del primer nivel de atención a la salud⁶⁸, el cual está enfocado a preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones preventivas, diagnósticos tempranos, protección específica, etc., durante el periodo de “contribución” del asegurado, hasta por una cantidad límite determinada y con el copago correspondiente para racionalizar su uso; esto además con la finalidad de incentivar su comercialización. Otra opción podría ser, mandar al asegurado a hacerse un examen médico para la comprobación de su estado de salud cada tres años con el fin de diagnosticar oportunamente, sobretodo, los padecimientos señalados como preexistentes (ya que son los que presentan mayor relación con la dependencia funcional) o sus factores de riesgo, darles un tratamiento adecuado y evitar en gran medida la dependencia funcional en esos pacientes.

⁶⁶ En función de salarios mínimos vigentes.

⁶⁷ En el supuesto de que el asegurado llegue a los 70 años, que es la edad de mayor incidencia del estado de dependencia, en buenas condiciones de funcionalidad y haya pagado sus primas por más de 10 años, por ejemplo, se le podría ofrecer el pago de una pensión compensatoria.

⁶⁸ En este nivel se concentran el 85% de los problemas de salud y el 35% del costo en su atención.

Tanto en el caso público como privado, es conveniente tener siempre presente que para que programas tomados de otros países o de otros lugares funcionen, deben ser adaptados a las condiciones locales de donde se pretenden implementar.

3.2.2 Prestaciones en forma de servicio

Con este tipo de cobertura las prestaciones contratadas se otorgan a través de servicios, los cuales dependerán en gran medida del nivel de dependencia del asegurado. Entre este tipo de beneficios se encuentran:

- ◆ *Acondicionamiento del hogar para hacerlo funcional al adulto mayor:* Cubre hasta por un límite establecido las adecuaciones necesarias al hogar del asegurado para que éste pueda desplazarse en su propio espacio.
- ◆ *Asilos:* Se comprenden como instituciones de asistencia privadas, públicas y sociales de cuidado y atención a las personas mayores, que ya por desatención, aislamiento o imposibilidad familiar, soledad, desamparo y/o dependencia para sobrevivir por si mismos, ofrecen sus servicios para cubrir esos propósitos.
- ◆ *Asistencia farmacéutica:* Implica el suministro de medicamentos y demás elementos terapéuticos.
- ◆ *Ayuda doméstica:* Se refiere a la ayuda para manejar o realizar los quehaceres de la casa (preparar la comida, lavar la ropa, limpieza de la casa, ir al mercado, etc.); esto permite asegurar la integridad física de la persona que ya no puede hacerlo por si misma.
- ◆ *Ayuda para la administración de recursos:* Este servicio consiste en ayudar al adulto mayor a administrar los beneficios del seguro (en caso de que la prestación sea indemnizatoria), como podría ser el pago a enfermeras, hospitales o de un “salario” al cuidador informal, etc. La Administración de Sumas Aseguradas consiste en dirigir los recursos del seguro contratado para constituir un Fondo de Fideicomiso, el cual servirá para realizar los pagos a favor de las personas, empresas o instituciones que designe el asegurado.
- ◆ *Casas de respiro:* En estos lugares se proporciona atención temporal, tanto especializada como de custodia, a fin de mitigar la carga del cuidador informal.
- ◆ *Centros residenciales (albergues):* Son instituciones no-médicas que proporcionan a las personas de edad avanzada hospedaje (habitación), comida, servicio de lavandería,

servicios recreativos, control médico (general, psicológico, dental, nutricional, etc.) y algunas formas de cuidado personal. Son un paso de evolución respecto a los asilos.

- ◆ *Clínicas especializadas*: Establecimientos de salud, con servicios geriátricos profesionales de atención interdisciplinaria.
- ◆ *Cuidados tipo custodia (personales)*: Comprende la ayuda al adulto mayor para realizar sus ABVD; este tipo de asistencia es menos intensa o complicada que los cuidados especializados y por tanto puede ser provista de manera segura y razonable por personal no necesariamente técnico. Son los más requeridos ya que por lo general lo que una persona de edad avanzada realmente necesita es supervisión, protección y custodia para llevar a cabo sus actividades cotidianas.
- ◆ *Cuidados especializados*: Se refiere a la atención brindada por profesionales de la salud como médicos, enfermeras, terapistas o gericultores. Este servicio generalmente se requiere durante todo el día, es ordenado por un médico especialista y conlleva un tratamiento específico. Usualmente se proveen en clínicas u hospitales, aunque también podrían ser domiciliarios.
- ◆ *Relevos profesionales al cuidador informal*: Literalmente se refiere a que el cuidador informal pueda ser relevado por un profesional, durante un determinado tiempo (por ejemplo para tomar unas vacaciones).
- ◆ *Residencias diurnas (Centros de día)*: En estos lugares se proveen servicios recreativos y/o de rehabilitación durante el día y por la tarde el adulto mayor regresa a su hogar. Es una alternativa de prestaciones asistenciales entre cuidados en casa y en una institución.
- ◆ *Servicio médico y de enfermería tanto hospitalario como a domicilio*: Literalmente se trata un amplio abanico de servicios asistenciales por parte de profesionales de la salud. Garantiza la disponibilidad de un lugar en el hospital, así como de personal para que visite al asegurado.

Sin embargo, no todas las prestaciones mencionadas pueden ser provistas por el seguro social de dependencia, ya que por las dificultades de financiamiento se ha propuesto sólo una cobertura básica que excluye beneficios complementarios, tales como: acondicionamiento del hogar, ayuda doméstica, administración de recursos, cuidados tanto de custodia como especializados y albergues. En cuanto al seguro privado se pueden incluir cualquiera de las

prestaciones señaladas, pero bajo un periodo de beneficio –determinado de antemano– para tener un mayor control.

3.2.3 Periodos de espera y preexistencias

El fenómeno del envejecimiento es bastante complejo y no se podría hablar de una etiología simple en cuanto a la disminución o pérdida de la funcionalidad. Sin embargo, de acuerdo a algunos estudios se ha encontrado que las enfermedades con mayor asociación al deterioro funcional son las siguientes⁶⁹:

- Osteomusculares;
- Neurológicas (enfermedad vascular cerebral (EVC) y parkinson);
- Cardiovasculares;
- Deterioro cognitivo / Demencia;
- Trastornos de ánimo (principalmente Depresión);
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC);
- Déficit visual;
- Diabetes;
- Defecto auditivo;
- Enfermedad renal;
- Caídas / Fractura de cadera;
- Osteoartritis y enfermedades reumáticas;
- Hipertensión;
- Osteoporosis.

Y según un trabajo llevado a cabo para observar las enfermedades crónicas que se asocian con mayor grado a la dependencia funcional en la población adulta mexicana⁷⁰, basado en la ENASEM (encuesta representativa a nivel nacional de los mexicanos mayores de 50 años), se encontró que las patologías crónicas más relacionadas a dependencia funcional severa en actividades tanto básicas como instrumentales son: la EVC, la depresión, el

⁶⁹ Barrantes M. (2004). *Prevalencia de la dependencia funcional y su asociación con enfermedades crónicas*. Facultad de Medicina de la UNAM e Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

⁷⁰ *Ibidem*

deterioro cognitivo y las artropatías. La depresión es la tercera enfermedad crónica que se reporta con más frecuencia y la que presenta mayor asociación al deterioro funcional en todos sus grados⁷¹, por lo tanto el diagnóstico y tratamiento oportuno del estado de ánimo (padecimiento frecuentemente subdiagnosticado y subtratado) pudiera disminuir la dependencia funcional. La EVC tuvo mayor relación con el deterioro funcional severo y se observó que puede conllevar o agravar condiciones como el deterioro cognitivo, la depresión, trastornos en la comunicación, en la movilidad, la incontinencia y en ocasiones ser causa de parkinson. En cuanto al deterioro cognitivo, resulta ser un proceso por lo que se sugiere la monitorización del mismo.

No obstante, varios de los padecimientos señalados se presentan con mucha frecuencia en las edades tempranas de la vida adulta (tal es el caso de la diabetes, la hipertensión arterial⁷², el déficit visual y en ocasiones los trastornos de ánimo), por lo que excluir a esos pacientes por preexistencias, dejaría fuera a una gran parte de la población. Lo que se propone entonces, es determinar un periodo de espera –indicado por médicos especializados– para cubrir la dependencia por complicaciones tardías de esas enfermedades. El resto pueden quedar excluidas si se encuentran de manera preexistente.

3.2.4 Selección adversa al riesgo y exclusiones

El propósito de un seguro es proteger a la persona que lo adquiere de una contingencia determinada, por lo tanto y tratándose específicamente del Seguro de Dependencia, se entenderá por selección adversa al riesgo la definición del grupo de personas con dependencia funcional, que por su condición de certeza al evento asegurable, no podrán ser sujetas de aseguramiento.

De los riesgos asumidos, la entidad aseguradora debe limitar su responsabilidad frente ellos a través de la instauración de una cobertura básica (con opción a ser extendida mediante

⁷¹ Está comprobado que la pobreza, la miseria, el abandono, el abuso, el deterioro de la red social de apoyo y otros factores relacionados, se asocian a los episodios de institucionalización con mayor frecuencia que las propias condiciones de salud.

⁷² La hipertensión arterial y la diabetes no presentan relación tan directa con la dependencia funcional, sin embargo se asocian a otras condiciones que derivan en ella.

el pago correspondiente), periodos de espera y exclusiones. A este último respecto, dado que se propone que el manejo del Seguro de Cuidados de Larga Duración sea similar al de Salud, los gastos no cubiertos deberán ir en el mismo sentido con algunas diferencias. Entre las exclusiones podrían estar: padecimientos preexistentes; malformaciones o padecimientos discapacitantes congénitos; medicina de segundo nivel (durante el periodo de aportación), es decir, aquella enfocada a la restauración de la salud con atención a daños frecuentes y de mediana complejidad; intervenciones quirúrgicas, ambulatorias y hospitalarias; hospitalización sin que se haya diagnosticado el estado de dependencia; servicio dental; emergencias médicas; cualquier servicio auxiliar de diagnóstico no ordenado expresamente por el médico de cabecera; cualquier complicación que se presente cuando no haya habido una cobertura continua durante un tiempo determinado de antemano; tratamientos estéticos o para el control de peso, así como sus consecuencias; gastos por mantenimiento, pérdida, destrucción o mal uso de los aparatos de prótesis; curas de reposo o exámenes médicos, estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud no ordenado expresamente por el médico de cabecera; atención geriátrica otorgada por personas sin cédula profesional o no calificadas, así como los tratamientos experimentales o de investigación; padecimientos o discapacidades resultantes de lesiones autoinflingidas o de la práctica de cualquier deporte de alto riesgo; dependencia derivada del alcoholismo o toxicomanía del asegurado, así como los tratamientos para la cura de los mismos; padecimientos, lesiones y discapacidades resultantes de actos delictivos o peleas en que participe el asegurado; gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste; gastos misceláneos no relacionados con el tratamiento, como pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cafetería, estacionamiento, llamadas telefónicas de larga distancia, etc.; servicios funerarios; y exclusiones que se señalen en los endosos de la póliza. En cuanto al seguro social de cuidados de largo plazo quedarán excluidos todos los servicios no relacionados con el diagnóstico de un estado de dependencia severa e irreversible.

3.2.5 Reembolso de gastos

El modelo indemnizatorio de reembolso de gastos por concepto de cuidados de largo plazo y servicios, ya sea domiciliarios o institucionales (dentro de un límite diario o mensual),

comprende los gastos incurridos por el acondicionamiento de la casa o por la asistencia sanitaria en una clínica, previa acreditación. No se recomienda la utilización de dicho mecanismo, ya que de acuerdo a la experiencia del mercado norteamericano –principal representante del mismo–, sus costos de operatividad son elevados, su proceso de selección es más complejo y menos controlado, además de que se alcanzan los límites de reembolso con mayor frecuencia de la esperada, debido principalmente a la inflación de los gastos médicos. Sin embargo, lo que sí podría ofrecerse, como beneficio adicional, es el reembolso de gastos médicos por concepto de medicamentos, material de curación, servicio de enfermería y/o uso de ambulancia.

Respecto a la asistencia social el reembolso de gastos es prácticamente imposible, lo que se puede considerar es la entrega del material de curación requerido para la atención del paciente por parte de sus familiares, así como la prestación –ya existente– de asignaciones familiares y apoyos asistenciales para pensionados.

3.2.6 Pago de un subsidio

En virtud de la precaria situación económica que prevalece en el país, no sería viable establecer una partida extraordinaria del presupuesto para el pago de un subsidio; en todo caso, cada organismo deberá destinar parte de sus recursos asignados a programas o subsidios para adultos mayores. Por lo menos en una primera etapa.

Actualmente no hay surgimiento de recursos y por tanto se deberán crear instancias o instrumentos paliativos, como el seguro popular, el apoyo económico a los adultos mayores en el Distrito Federal, etc., que si bien no resuelven el problema en su totalidad, son perfectibles y por lo menos constituyen una alternativa de solución.

3.2.7 Aportaciones de cuotas gubernamentales y patronales

El SSD debe ser financiado mediante contribuciones solidarias tripartitas. Para compensar la carga de los empresarios, se propone el esquema alemán que consiste en la supresión de un día

festivo oficial o en caso de que el trabajador lo labore, se le pague como un día normal y no doble según lo marca la Ley Federal del Trabajo (LFT)⁷³; en cuanto a la aportación de los trabajadores la única alternativa es la afectación de impuestos existentes, es decir, incrementar el porcentaje de cotización. Con estos recursos se podría iniciar la creación de reservas para el futuro pago de prestaciones por concepto de dependencia.

Se recomienda el uso de un sistema de capitalización y no un modelo de reparto, ya que éste depende excesivamente de la solidaridad intergeneracional y por ende de los movimientos demográficos; lo cual no permite garantizar a largo plazo, el otorgamiento de las prestaciones porque no se crean reservas. Dicho modelo podría incluso resultar prohibitivo, debido al paulatino envejecimiento de la población.

En el caso del seguro privado, será financiado a través de las primas que deberá cubrir el asegurado; el Estado deberá participar creando ventajas fiscales para promover su adquisición.

3.2.8 La prima de riesgo del seguro

La determinación del costo periódico del seguro de dependencia, tanto público como privado, debe considerar ante todo la siguiente equivalencia actuarial:

$$(VAG)_t = (VAI)_t \quad \text{donde} \quad \left\{ \begin{array}{l} (VAG)_t, \text{ valor actual de los gastos en el periodo } t\text{-ésimo.} \\ (VAI)_t, \text{ valor actual de los ingresos en el periodo } t\text{-ésimo.} \end{array} \right.$$

Adicionalmente se han de tener en cuenta:

- el valor de los pagos en cada momento, independientemente del riesgo de salud del asegurado;

- el uso de modelos actuariales que contemplen las probabilidades de acaecer en las contingencias que se aseguran.

⁷³ Ley Federal del Trabajo, Arts. 73 y 74.

De manera general, la prima total a abonar estará integrada por tres componentes diferenciados:

1. *La prima de riesgo*, que cubre las contingencias previstas para el asegurado a través de la igualación del valor actuarial de los ingresos con el valor actuarial de los gastos probables en el periodo de cobertura.
2. *Aportación adicional sobre la prima de riesgo*, para crear la reserva según la edad del asegurado; es decir, para acumular un capital que junto con los intereses que produzca permita hacer frente al riesgo futuro.
3. *Gastos de gestión y administración*.

Sea $(CA)_x$ la prima de riesgo anual a abonar por el asegurado de edad x :

$$CA = f(K_{x,t}; \Delta K; i; w)$$

Esta cantidad dependerá de los gastos probables por asistencia en los años restantes del asegurado hasta el final de su vida ($K_{x,t}$), la tendencia de este costo a futuro (ΔK), el tipo de interés o rentabilidad estimada de los fondos (i) y la duración del contrato (w).

El valor actual de los gastos probables por asistencia considerará los riesgos inherentes del asegurado a cada edad hasta su muerte, tomando en cuenta la correspondiente probabilidad de supervivencia:

$$VAG_x = \sum_{h=x}^{\infty} K_h \cdot {}_h P_x \cdot V^{h-x}$$

donde:

${}_h P_x$ = probabilidad de que un asegurado de edad x alcance la edad $x+h$

V^{h-x} = factor de actualización financiera hasta la edad x de las cuantías monetarias contempladas a la edad $x+h$, considerando un tipo de interés o rentabilidad media estimada de los fondos de i .

El valor actual de los ingresos estará determinado por las aportaciones que realice el asegurado desde la edad en la que contrate el seguro hasta la edad máxima contemplada en el contrato ($x+w$):

$$VAI_x = \sum_{h=x}^{x+w} CA_h \cdot {}_hP_x \cdot V^{h-x}$$

Considerando la cuota de aportación como una anualidad anticipada temporal a w años:

$\ddot{a}_{x:w-\overline{w}} = \sum_{h=x}^{x+w} {}_hP_x \cdot V^{h-x}$, el VAI_x quedaría:

$$VAI_x = CA_h \cdot \ddot{a}_{x:w-\overline{w}}$$

Entonces por el principio de equivalencia anteriormente señalado $VAG_x = VAI_x$ tenemos:⁷⁴

$$CA = \frac{VAG_x}{\ddot{a}_{x:w-\overline{w}}} = \frac{\sum_{h=x}^{\infty} K_h \cdot {}_hP_x \cdot V^{h-x}}{\ddot{a}_{x:w-\overline{w}}}$$

No obstante para realizar estos cálculos se requiere una amplia base estadística que permita al actuario determinar el importe de la prima correspondiente, considerando los gastos que pueden ocasionarse según el sexo, edad, ocupación, etc. del asegurado; así la experiencia indicará el incremento o decremento de las primas en función de su perfil.

3.2.9 Fiscalidad

Se ha comprobado que en los países donde los seguros de dependencia gozan de beneficios fiscales, éstos han logrado un mayor desarrollo. Para fomentar su suscripción en México, se propone su inclusión en el Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR), puesto en marcha desde el año 2002, referente a la deducción para personas físicas residentes en el país de las primas por seguros de gastos médicos⁷⁵, complementarios o independientes de los servicios de salud, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato; en otras palabras, lo que se propone es que también puedan deducirse las primas del seguro de cuidados de larga duración.

⁷⁴ De la Peña J. *Impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia*. 2003.

⁷⁵ Se entienden como gastos médicos los efectuados por concepto de compra o alquiler de aparatos para el establecimiento o rehabilitación del paciente, medicinas que se incluyan en los documentos que expidan las instituciones hospitalarias, honorarios a enfermeras y por análisis, estudios clínicos o prótesis.

Desde el ejercicio fiscal 2003 se contemplan como ingresos que no pagan ISR, las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados o beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado por las pólizas contratadas, relacionado a su supervivencia, siempre que la indemnización se pague cuando el asegurado llegue a la edad de sesenta años y además hubieran transcurrido al menos cinco años desde la fecha de contratación del seguro y el momento en el que se pague la indemnización⁷⁶; por lo que también pueden quedar exentas de impuesto las prestaciones que otorgue este seguro.

Por último y de acuerdo a la experiencia internacional, se sugiere la exención de parte de los ingresos de una persona física, hasta por un límite establecido en términos de salarios mínimos vigentes, siempre y cuando ese dinero sea destinado totalmente a la compra de un seguro de esta modalidad.

3.2.10 Vigencia de las prestaciones de servicios derivados del seguro

En el SSD las prestaciones serán otorgadas a partir del diagnóstico del estado de dependencia funcional severa e irreversible en el asegurado y hasta su muerte; siempre y cuando cumpla con las cotizaciones requeridas.

Para el seguro privado se expedirán pólizas con vigencia anual. El inicio de cobertura será la fecha en que el asegurado es dado de alta en la póliza y a partir de entonces se determinará su antigüedad, siempre y cuando renueve el seguro ininterrumpidamente. Las prestaciones relativas al otorgamiento de atención médica preventiva, tendrán vigencia a partir del inicio de cobertura, sin embargo las reclamaciones por conceptos de cuidados de largo plazo (i.e. las prestaciones propias del seguro) podrán tener cabida hasta que sea diagnosticada la dependencia funcional del asegurado –en cualquier nivel–; dependiendo de su antigüedad, podrá otorgársele el beneficio de dejar de abonar la prima correspondiente en el momento que necesite usar la póliza.

⁷⁶ LISR, Art. 109 fracción XVII

De manera natural la vigencia de las prestaciones cesaría al fallecer el asegurado; pero si el seguro es contratado por una pareja con la misma compañía, por un plazo determinado (por ejemplo: más de 10 años) y bajo el sistema de pólizas individuales, podría añadirse el beneficio de supervivencia que consiste en suspender el cobro de la prima al cónyuge sobreviviente, a la muerte de uno de los esposos.

3.2.11 La terminación del seguro

El Seguro de Cuidados de Largo Plazo privado, podrá darse por terminado bajo las siguientes condiciones:

- ◆ Si se cancela o no se renueva el seguro, así como por la falta de pago de la prima correspondiente dentro de los 30 días de vigencia. La inscripción subsecuente al plazo señalado se considerará como inicial.
- ◆ Si durante los primeros dos años (o el tiempo que determine cada entidad aseguradora) de vigencia del seguro, se presenta alguna de las enfermedades señaladas como preexistentes y no es declarada por el asegurado o por el contratante.
- ◆ Si se encuentran omisiones o inexactas declaraciones, aunque no influyan en el siniestro.
- ◆ Si el asegurado provoca la agravación del riesgo o no avisa del hecho dentro de las 24 horas siguientes, en caso de que la agravación influya en el siniestro.
- ◆ Cuando el asegurado o sus representantes cometan errores, disimulen o declaren inexactamente hechos que excluirían o restringirían las obligaciones de la empresa aseguradora en caso de siniestro.
- ◆ Si el asegurado o contratante omiten el aviso de la existencia de otros seguros que amparen la misma contingencia (en particular la dependencia) con el fin de obtener beneficios ilícitos.
- ◆ Con la muerte del asegurado.

3.2.12 El modelo mixto

Como ya se ha mencionado anteriormente, existen tres formas o alternativas de financiamiento para este seguro: 1) íntegramente por el Gobierno, 2) completamente privado, y 3) un modelo mixto para garantizar el control público de la asistencia. Este último es el más recurrente ya que las consecuencias financieras de una dependencia suelen ser muy elevadas y la solidaridad nacional resulta insuficiente para cubrir el riesgo.

Dejar toda la responsabilidad al Estado vía presupuestos no sería posible, pues al tratar de destinar más recursos para determinadas instituciones se desprotegerían otras prioridades; un esquema totalmente privado tampoco sería factible porque se dejaría a muchas personas, por no decir casi todas, sin opciones para comprar esos servicios; por lo tanto, un modelo mixto parece ser más viable ya que aunque el sistema público no alcanzará a cubrir todas las necesidades, el privado podrá ofertar coberturas complementarias asequibles.

3.3 Los Preceptos Rectores del Modelo Complementario de Seguridad Social

3.3.1 Los papeles y responsabilidades del sector privado y del sector público

Si bien es cierto que ya varios países cuentan con sistemas de cuidados de larga duración, no todos son adecuados o satisfactorios; por lo tanto todos los países, incluyendo especialmente a aquellos que no cuentan con un esquema de protección a la dependencia, tienen muchos temas de planificación por tratar. Un primer paso es definir claramente los papeles y responsabilidades respectivos, de cada uno de los participantes en los cuidados de largo plazo: la familia, los adultos mayores afectados, la sociedad civil, las administraciones nacionales, regionales, provinciales y locales, así como las organizaciones tanto lucrativas como no lucrativas. Sin lugar a dudas, la colaboración de todas las partes involucradas será necesaria para garantizar un desarrollo continuo.

De acuerdo a los principios directores para la planificación de los programas de cuidados de larga duración, descritos por la OMS y el MMF, los datos que recojan los logros de los sectores público y privado proporcionarán el marco para desarrollar, llevar a cabo y/o mejorar los planes y programas de cuidados de largo plazo. Sin embargo para alcanzar esos logros será necesario buscar un consenso nacional que abarque los siguientes objetivos:

1. Estimular la colaboración y asociación entre los sectores privados y públicos que pertenezcan a cada nivel de la administración, de la sociedad civil, y de los sectores con y sin ánimo de lucro;
2. Definir claramente los papeles y responsabilidades del sector privado y del sector público con el fin de lograr los siguientes objetivos:
 - la creación de programas públicos que proporcionen los cimientos para la ayuda y cooperación del sector privado;
 - garantizar el desarrollo de medidas que proporcionen, por parte del sector privado o del sector público, o de ambos, el suministro necesario de los medios de ayuda para personas mayores que necesiten cuidados de larga duración, y una ayuda parecida para los familiares que les cuidan;
 - identificar y asignar las responsabilidades específicas para garantizar la calidad de los cuidados.

En ese sentido, para conseguir el punto uno arriba mencionado, la educación del público en general sobre el proceso de envejecimiento es fundamental ya que sólo así habrá una sensibilización al respecto que facilite la cooperación entre las partes. En cuanto al punto dos, dado que México es un país en vías de desarrollo, resulta coherente definir un “paquete básico de cobertura” por parte de la seguridad social, que únicamente garantice al adulto mayor dependiente la posibilidad de seguir realizando sus actividades cotidianas sin que ello le represente un gasto catastrófico; y dejar al sector privado las coberturas complementarias, como la consecución de condiciones de vida más confortables.

3.3.2 Información y educación al público

Llevar a cabo cambios eficaces en los planes de acción, requiere la formación de un público que entienda el problema y esté informado sobre él; es esencial que toda la comunidad conozca las necesidades, verdades y opciones relacionadas con los cuidados de larga duración si las personas afectadas y sus familias han de planificar, recibir y proporcionar este tipo de asistencia. Las estrategias para educar al público deberán utilizar fuentes fidedignas para difundir la información en entornos tanto formales como informales, además todos los esfuerzos por educar e informar deben ser sensibles con los temas de la edad, el género, y la cultura. Cabe señalar que para que la información tenga efecto debe aceptarse, practicarse y darle continuidad.

Para dar cumplimiento a este principio se propone la observación progresiva de lo establecido por el Artículo 17 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en particular de las fracciones II, III y VIII que a la letra dicen:

“Artículo 17. Corresponde a la Secretaría de Educación Pública, garantizar a los adultos mayores:

[...]

II. La formulación de programas educativos de licenciatura y posgrado en geriatría y gerontología, en todos los niveles de atención en salud, así como de atención integral a las personas adultas mayores dirigidos a personal técnico profesional. También velará porque las instituciones de educación superior e investigación científica incluyan la geriatría en su currícula de medicina, y la gerontología en las demás carreras pertenecientes a las áreas de salud y ciencias sociales;

III. En los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos, la incorporación de contenidos sobre el proceso de envejecimiento;

[...]

VIII. Fomentar entre toda la población una cultura de la vejez, de respeto, aprecio y reconocimiento a la capacidad de aportación de las personas adultas mayores.”

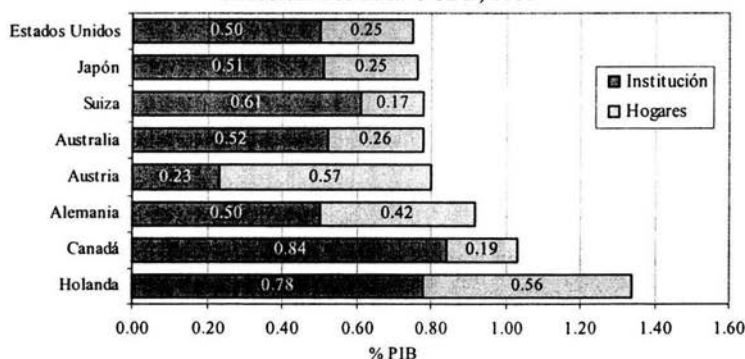
La enseñanza de la gerontología, por medio de reformas curriculares novedosas (para que tengan el impacto que se requiere), es deseable en cualquier carrera profesional ya que el

envejecimiento y sus consecuencias nos competen a todos. Será importante desarrollar una cultura de respeto, ética profesional y cariño hacia nuestros adultos mayores para combatir, o mejor aun, erradicar la invisibilidad a la que normalmente los sometemos, y por el contrario brindarles la atención integral que merecen por parte de la sociedad y las familias.

3.3.3 Los ingresos y financiación

La inversión actual para la provisión de cuidados de larga duración, está resultando inadecuada en algunos países; muchos servicios y sistemas se están deteriorando ante la creciente demanda. Para enfrentar el incremento de las exigencias económicas en sanidad, será necesario lograr una cooperación comprometida y equilibrada entre fuentes públicas, privadas e individuales para garantizar la provisión de fondos en los presupuestos. Los planes de acción deberán encontrar los medios y mecanismos de pago justos y equitativos que aseguren la estabilidad económica de las personas mayores dependientes.

Gráfica III.2. Gasto público en cuidados de larga duración, como porcentaje del PIB, en países seleccionados de la OCDE, 2000



Fuente: Estudio de la OCDE sobre los Cuidados de Larga Duración.

Debido principalmente a la prevalencia de cuidados informales no remunerados, la proporción del Producto Interno Bruto (PIB) que se destina actualmente a los cuidados de larga duración, en algunos países seleccionados de la OCDE, es relativamente pequeña; sin embargo, ante los incrementos proyectados en la población adulta mayor, se espera que el gasto público sea de por lo menos el doble para el 2050. Es importante que las políticas de financiamiento

sean lo suficientemente flexibles para adaptarse a las circunstancias del momento, dada la incertidumbre de ocurrencia de diversos factores; es decir, si por ejemplo, el costo unitario de atención aumenta o los cuidados familiares disminuyen significativamente, la inversión pública deberá incrementarse, y por el contrario, si mejoran las condiciones de salud de la gente de edad avanzada y se presentan niveles más bajos de discapacidad en dicho grupo poblacional, la inversión pudiera ser menor. Es importante recordar que los costos de los programas para atención a los adultos mayores pueden ser muy elevados, debido a la falta de planeación y control de la calidad, así como por falta de educación para la cultura de prevención y el logro de un envejecimiento saludable.

3.3.4 La provisión de cuidados formales e informales

Este tema es especialmente importante en países en vías de desarrollo, ya que tradicionalmente la familia es la única encargada de proporcionar los cuidados de larga duración y por lo tanto la atención puesta en la mejora de las instituciones existentes debería ir paralela al estudio de la situación de las personas que ejercen de cuidadores y de las personas beneficiadas con dichos cuidados. Los planes de acción, tanto públicos como privados, deben diseñarse de forma tal que traten las necesidades de los cuidadores formales (profesionales y paraprofesionales) e informales (familiares, vecinos, voluntarios u organizaciones no gubernamentales), definan sus papeles, responsabilidades y derechos, y respondan a los retos que éstos enfrentan.

De acuerdo a los principios ya mencionados, un sistema de cuidados formales de larga duración que proporcione servicios continuos y completos, deberá incluir: una formación y educación especializadas para los cuidadores profesionales; servicios clínicos, sociales y de sanidad pública vinculados entre sí; reglas básicas entre los profesionales y paraprofesionales de la asistencia sanitaria, respecto a los cuidados que han de proporcionar; así como disposiciones multisectoriales para un suministro integrado y transportable de los cuidados.

En cuanto al sistema de cuidados informales de larga duración, este deberá ayudar y no reemplazar a los actuales cuidadores informales; el suministro de una formación y ayuda especializadas para estas personas, pueden reforzar la solidaridad familiar y minimizar la

vulnerabilidad de las personas mayores que requieren de su atención. Los planes de acción nacional deberán tener en cuenta el trabajo voluntario de estas personas, pues gracias a que no son reembolsados por su labor, los costos de los cuidados de larga duración se han mantenido relativamente bajos para el gobierno.

Los servicios de cuidados informales deberían remunerarse mediante beneficios o derechos, o ambos, de manera que todos los cuidadores puedan ejercer su derecho a elegir libremente su empleo y cubrir sus necesidades dentro de los términos y condiciones de trabajo y jubilación de sus respectivas sociedades. La ayuda podría darse, por ejemplo: en forma de cobertura de la seguridad social, servicios asistenciales para aliviar la carga de responsabilidad, grupos de apoyo, servicios de enfermería a domicilio, así como desembolsos de sumas globales para cubrir gastos. En países como Australia y Reino Unido, si el cuidador está en edad de trabajar, se le paga una pensión similar a la de invalidez; y en otros como Austria y Alemania, el seguro de dependencia permite al asegurado destinar una parte –o la totalidad– del beneficio en efectivo, a su cuidador.

3.3.5 Infraestructura y asistencia sanitaria de cuidados de larga duración

Antes de tomar decisión alguna con respecto a la dirección futura de los planes de acción, es necesario evaluar primero los sistemas e infraestructura actuales. Un sistema de cuidados de larga duración deberá ofrecer un amplio repertorio de servicios para las personas de la tercera edad que necesiten cuidados, y sería ideal que dicho sistema facilitara la entrada, salida y reingreso de una persona de acuerdo con sus necesidades y circunstancias cambiantes.

Un plan completo y continuo de suministro de cuidados deberá comprender los siguientes elementos esenciales:

1. la idoneidad de la infraestructura, incluida su capacidad para tratar temas relacionados con determinadas áreas críticas como lo son: la fuerza laboral (incluidos procesos de educación, formación y certificación de los empleados); los programas y prestaciones; los sistemas de información para realizar evaluaciones y tomar decisiones clínicas; coordinar los cuidados y desarrollar programas de servicios multidisciplinarios; la capacidad

organizativa para responder a los cambios y reorganizar los planes; la integración y sostenibilidad de los servicios; las reglas y mecanismos para evaluar la calidad y la satisfacción;

2. el alcance de los beneficios y servicios;
3. la equidad en el acceso;
4. la elegibilidad para la cobertura;
5. los puntos de entrada para los cuidados;
6. los enlaces para y entre los sistemas sanitarios y sociales.

Este principio es muy importante en nuestro país, ya que las condiciones de los asilos, hogares o residencias, y clínicas para ancianos con los que se cuentan actualmente, por lo general no reúnen las condiciones requeridas ni por la dotación, equipamiento, organización, ni capacidad. Esto se debe por una parte a la carencia de recursos y por otra a la falta de planeación y conocimiento respecto al problema que aquí nos ocupa.

Actualmente el equipamiento dirigido a los adultos mayores en el INAPAM se encuentra como sigue⁷⁷:

⁷⁷ Información a septiembre de 2004.

Cuadro III.3. Equipamiento dirigido a los adulto mayores en el INAPAM

Infraestructura	Cantidad	Operatividad
Centros de atención integral	4 (todos en el D.F.)	Se proporcionan servicios médicos especializados en diversas disciplinas; no hay que hacer cita, excepto para los servicios de ultrasonido, rayos X y análisis clínicos. Los adultos mayores son atendidos conforme llegan, se les practica un examen general y una vez elaborado el diagnóstico se les canaliza a la especialidad correspondiente, dándoles un seguimiento médico personalizado. No tiene costo, sólo es necesario contar con la tarjeta de afiliación al INAPAM.
Albergues	9 (4 en el D.F.)	Brindan protección y abrigo a aquellos adultos mayores en situación de riesgo que así lo soliciten. El alojamiento es permanente e incluye todos los servicios (hospedaje, alimentación, atención médica, etc.); el costo se determina a través de un estudio socioeconómico al solicitante. La capacidad de los albergues es de aproximadamente 25 a 35 personas cada uno.
Residencias de día	7 (6 en el D.F. y 1 en Zacatecas)	Operan de manera similar a los Centros de Desarrollo Infantil (CENDIS), son una opción para la ocupación o distracción de los ancianos en actividades productivas y constructivas dentro de un ambiente familiar. El servicio incluye alimentación y atención médica; el horario es de 8:00 a 16:00 horas de lunes a viernes. La capacidad de las residencias es de entre 30 y 35 personas.
Clubes de la 3ª edad	alrededor de 470 (118 en el D.F.)	Funcionan en todo el país y a diferencia de los Centros Culturales, los Clubes no cuentan con un itinerario de actividades, son los mismos integrantes quienes las planean; con ello, además de propiciar su permanencia en la comunidad se fomenta su organización e intervención en la solución de sus problemas. No tiene costo, sólo es necesario contar con la tarjeta de afiliación al INAPAM.

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Subdirección de Investigación y Desarrollo Social del INAPAM

El Instituto cuenta con un proceso de certificación de albergues para controlar mejor el servicio de cuidadores primarios, además el sector salud está en proceso de elaboración de un tabulador para cuidadores. Considerando la alta demanda que tendrán estos servicios⁷⁸, dichas acciones resultan muy convenientes para evitar y/o combatir la atención clandestina de este sector.

⁷⁸ De acuerdo a la presentación del Dr. Manuel Urbina Fuentes, Subdirector de la Subdirección General Médica del ISSSTE, en el ciclo de conferencias *La Población de Adultos Mayores: retos y oportunidades* (2004), los servicios geriátricos de esa institución se incrementaron 1700% en el periodo 1991-2002.

La Junta de Asistencia Privada (JAP) tiene registradas en su Directorio de Instituciones de Asistencia Privada del Sector de Atención a Adultos Mayores, 44 organismos (aunque en realidad son 39 pues cuatro se encuentran en suspensión de actividades y una está en proceso de liquidación), algunos con diferentes “sucursales”, brindan los siguientes servicios mediante una cuota de recuperación:

Cuadro III.4. Servicios Asistenciales de Atención a Adultos Mayores (JAP)

Infraestructura	Cantidad	Actividad Asistencial
Casa Hogar	24	En general brindan alojamiento, alimentación, atención médica, trabajo social, rehabilitación física (algunos cuidados de enfermería), actividades culturales, recreativas y ocupacionales, para bienestar y dignificación de su persona. La edad de ingreso varía entre 60 y 75 años. En algunos casos es requisito que el adulto mayor se valga por sí mismo.
Asociaciones Filantrópicas	7	Brindan ayuda económica o en especie a personas de edad avanzada de escasos recursos. En otros casos la ayuda la proporcionan a los asilos e instituciones asistenciales para adultos mayores.
Centro de día	5	Ofrece actividades diversas encaminadas a la ocupación del tiempo libre de manera creativa y productiva dentro del ámbito cultural, deportivo y de salud. En algunos también se brinda capacitación para el personal que les brinda asistencia.
Albergue Temporal	2	Ofrece los servicios de albergue temporal para pacientes en tratamiento.
Asociaciones Educativas	4	Imparten cursos, talleres y diplomados encaminados a la profesionalización de los servicios dirigidos a los adultos mayores. También ofrecen atención médica integral a las personas mayores.

Fuente: Elaboración propia con base en información del Directorio de Instituciones de Asistencia Privada del Sector de Atención a Adultos Mayores

La escasa existencia de esos servicios, podría suponer un *boom* en su oferta; sin embargo, será indispensable desarrollar toda una reingeniería al respecto pues también es de esperarse que la mayoría de las contrataciones sean de carácter social. En el futuro, es deseable que se lleguen a instrumentar centros gerontológicos especializados, con atención interdisciplinaria a problemáticas particulares, para crear así una profesionalización de los servicios. Por su parte, las escuelas de medicina y enfermería tendrán que adoptar cambios importantes en su currícula para promover la formación de más especialistas en geriatría, rehabilitación, atención de

enfermos terminales, fisioterapia, psicoterapia, etc., además de fomentar el estudio de subespecialidades en cirugía, psicología, oncología geriátricas, etc., e incluso en gericultismo⁷⁹.

3.3.6 La tecnología actual y futura

Como ya se ha mencionado que cuanto más se incrementa la edad de los individuos, más probable se hace la necesidad de cuidados intensivos de largo plazo. El acortamiento de las estancias hospitalarias y la eficiencia de la atención tanto en hospitales como a domicilio, seguirá siendo por mucho tiempo, en México y todo el mundo, una prioridad. Es por eso que optimizar la utilización de la tecnología actual e incorporar tecnologías nuevas y pertinentes, será crucial para la salud de los futuros sistemas de cuidados de larga duración. Tanto la tecnología existente como la nueva contribuirán significativamente al futuro suministro de estos cuidados, y en los casos en que estas tecnologías sean además rentables, deberán utilizarse todos los medios disponibles para incorporarlas al sistema de cuidados existente con la mayor rapidez posible.

Para lograr lo anterior, los diseñadores de los planes de acción deberán considerar la adopción de las siguientes medidas: facilitar el uso de la tecnología existente; estudiar y desarrollar nuevas tecnologías; fomentar y recompensar el desarrollo, difusión, y utilización de dispositivos de asistencia y nuevas tecnologías.

No obstante, ante un escenario tan complejo el verdadero reto será hacer de la medicina preventiva una cultura, pues independientemente de la velocidad con que avance la medicina en los próximos años y esos progresos permitan contar con los elementos necesarios para atender a quienes padecen enfermedades hasta hoy incurables, la adopción de estilos de vida saludables siempre será la mejor opción; actualmente casi todas las enfermedades no transmisibles pueden ser prevenidas y en algunos casos es posible posponer o revertir su desarrollo.

⁷⁹ El gericultismo se refiere a una preparación técnica correspondiente a un híbrido entre enfermera, rehabilitador y cuidador especializado.

Para finalizar, se reitera que este trabajo de tesis tiene como objetivo plantear el problema de la dependencia en adultos mayores, desde la definición del mismo, el contexto actual tanto nacional como internacional, hasta la postulación de alternativas de solución, para someterlo a discusión por parte de los diversos sectores involucrados, mejorar las propuestas e idealmente consolidarlas.

CONCLUSION

El envejecimiento poblacional es sin lugar a dudas el fenómeno demográfico de este siglo en la mayoría de los países, según refieren documentos especializados de Naciones Unidas, se estima que el porcentaje de personas mayores de 60 años en el mundo pasará del 10 al 22 por ciento durante el periodo 2000-2050. México no es la excepción, de acuerdo a las proyecciones del CONAPO, la población adulta mayor del país aumentará su volumen 500 por ciento en el mismo lapso, pasando de 7 a 36 millones de viejos. El ritmo promedio de incremento diario que se prevé en este grupo, es del orden de 786 individuos en 2005 hasta 1 481 en 2050, alcanzando su máximo en 2033 con 2 170 personas⁸⁰.

La transición hacia poblaciones más viejas es ya una certeza, sin embargo resulta casi obligado preguntarse cómo se han de vivir los años ganados, porque es bien sabido que conforme se avanza en edad las vulnerabilidades aumentan: la salud se vuelve frágil, hay mayores riesgos de discapacidad, los roles sociales, familiares y laborales, así como los patrones de consumo cambian, etc. La lucha contra la muerte sólo tiene sentido si los años ganados se viven con calidad. Uno de los mayores riesgos de la vejez es el deterioro funcional, como consecuencia de la pluripatología crónica que suele presentarse en esta etapa de la vida; dicha situación impacta de manera significativa no sólo en la forma de vida del individuo sino también en las responsabilidades familiares y las demandas socioeconómicas por el elevado costo que tiene.

La convivencia de tres e incluso cuatro generaciones al interior de una familia es cada vez más común, no obstante, la concentración de personas de tan diversas edades dificulta la atención adecuada de sus respectivas necesidades, sobre todo las de los adultos mayores porque históricamente han sido los familiares quienes se encargan de ver por ellos. Y es que aunque a veces se nos olvide, las necesidades de los adultos mayores –como las de cualquier ser humano independientemente de su edad– abarcan aspectos tanto biológico-materiales (salud, comida, casa, vestido, etc.), psico-emocionales (afecto, aceptación, reconocimiento,

⁸⁰ Presentación *Políticas públicas para la atención de los adultos mayores*, por el Lic. Pedro Borda Hartmann, Director General INAPAM, en el ciclo de conferencias *La Población de Adultos Mayores: retos y oportunidades*. 2004

seguridad, libertad, respeto, identidad, etc.), como culturales (educación, información, acceso a la tecnología, etc.).

Existen varios países, principalmente de la comunidad europea, con bastantes años de experiencia respecto a los sistemas de protección a la dependencia funcional. Los esquemas de cada uno varían según sus condiciones sociales, políticas y económicas, hay países donde el seguro público es claramente dominante, en otros la cobertura privada está ampliamente implementada pero los gobiernos permiten y fomentan el desarrollo del seguro privado, y por último están aquellos donde la cobertura es ofertada exclusivamente a través de servicios privados. En México a pesar de que hay políticas públicas dirigidas particularmente a los adultos mayores e incluso una ley donde se estipulan sus derechos, no existe aún el concepto de seguro de cuidados de larga duración. Menos aún se contempla la protección a los cuidadores.

Algunas instituciones, siguiendo las tendencias mundiales, empiezan a contemplar este tipo de asistencia por medio de programas específicos que buscan preferentemente la atención domiciliaria; esto debido no sólo a que es más digno para la persona, sino también más barato para el Estado. Según el análisis de costos del programa ADEC, que consideró los costos médicos por tipo de atención (hospitalaria y a domicilio), material utilizado, transporte, salarios del personal, días-cama, estudios de diagnóstico y tiempo invertido, los gastos directos del IMSS respecto a los de los familiares, en la atención hospitalaria, son significativamente mayores. Al dar el servicio en el domicilio del paciente, el Instituto corre con el 21.5 por ciento del costo total mientras que con el servicio hospitalario le corresponde el 97 por ciento. No obstante, cualquier análisis respecto a la implementación de programas tomados de otros lugares, debe contemplar la adaptación del mismo a las condiciones locales.

Este trabajo propone para nuestro país, el desarrollo de un seguro de cuidados de larga duración mixto (tanto público como privado). La situación de dependencia deberá medirse en relación a la funcionalidad, es decir, al grado de pérdida de la autonomía, por lo que es muy importante establecer criterios objetivos, confiables y estandarizados que permitan precisar esta condición. En el caso del seguro social de dependencia, las prestaciones se definen en un

paquete básico de cobertura que aseguran a la persona la posibilidad de conservar su funcionalidad; para garantizar la permanencia de la asistencia social, como mecanismo de protección a los grupos más vulnerables, el criterio para el otorgamiento de los beneficios será el diagnóstico de un estado de dependencia funcional severo e irreversible. En cuanto al seguro privado, ofertará las coberturas no asumidas por la previsión social; destacan dos tipos de prestaciones: pago de un subsidio (porque es más flexible y permite un mayor control de la siniestralidad) y prestaciones en forma de servicio (que se espera podrían ser los de mayor demanda). El Estado debe fomentar esa complementariedad por medio de ventajas fiscales.

La expansión de la morbilidad en México implicará profundas modificaciones en el uso futuro de los servicios públicos y de salud por parte de la población general y anciana; en la definición de las prioridades de investigación y de enseñanza en las ciencias demográficas y de salud; en el diseño de algunas profesiones relacionadas con los ancianos y en el análisis de los crecientes costos de la atención médica. Si bien es cierto que falta mucho por hacer y conocer (definición de conceptos, elaboración de datos y estadísticas confiables, e incluso el planteamiento del problema concreto para poder buscar soluciones prácticas que permitan planear económica y actuarialmente tanto los servicios de salud como el financiamiento de los cuidados a largo plazo), también lo es que tenemos el tiempo necesario para hacer algo trascendente al respecto si nos ponemos a trabajar ahora.

El arte de envejecer con dignidad es quizá una de las virtudes más grandes que puede tener el ser humano; sin embargo, esa dignidad no debe ser considerada una resignación pasiva a perder las habilidades físicas y mentales que suelen estar presentes en la juventud, sino un reto para conservarlas y mantener una vida activa e independiente (SSA. Gaceta No. 14). El verdadero desafío del envejecimiento en México, es asumirlo con actitudes argumentativas y propositivas que generen esas condiciones propicias para vivirlo con calidad y con dignidad; además de lograr que la población en general entienda que todo gasto relacionado con el envejecimiento es una inversión duradera.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- ABVD.** Actividades básicas de la vida diaria.
- ADEC.** Programa de Atención Domiciliaria en el Paciente Crónico (del IMSS)
- AIG.** Asociación Internacional de Gerontología.
- AIVD.** Actividades instrumentales de la vida diaria.
- CONAPO.** Consejo Nacional de Población.
- ENSEM.** Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México.
- ENSA.** Encuesta Nacional de Salud.
- ENSE.** Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento.
- EVC.** Enfermedad Vascul ar Cerebral.
- GEMAC.** Sociedad de Geriatría y Gerontología de México, A.C.
- IMSS.** Instituto Mexicano del Seguro Social.
- INAPAM.** Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
- INEGI.** Instituto Nacional de Estadística Geografía e Historia.
- INSEN.** Instituto Nacional de la Senectud. (ahora INAPAM)
- ISSSTE.** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- JAP.** Junta de Asistencia Privada.
- LFT.** Ley Federal del Trabajo.
- LGISMS.** Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
- LISR.** Ley del Impuesto Sobre la Renta.
- MMF.** Milbank Memorial Fund.
- OCDE.** Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos.
- OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- PEA.** Población Económicamente Activa.
- SEDESOL.** Secretaría de Desarrollo Social.
- SEP.** Secretaría de Educación Pública.
- SSA.** Secretaría de Salud.
- SSD.** Seguro Social de Dependencia.

GLOSARIO DE TERMINOS

Actividades Básicas de la Vida Diaria. Conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, por ejemplo: bañarse, vestirse, ir al baño, desplazarse, alimentarse y continencia.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Actividades que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad, por ejemplo: usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos.

Adultos Mayores. Hombres y mujeres de 60 años o más de edad.

Artropatía. Enfermedad crónica o degenerativa de las articulaciones.

Bono Demográfico. Describe al periodo donde concurrirán las condiciones demográficas más favorables para el desarrollo económico, cuando la población en edad laboral (entre 15 y 64 años) aumentará y la población dependiente (menores de 15 años y mayores de 64) disminuirá su tamaño.

Cohorte. Subgrupo poblacional que comparte un mismo evento en común. Cuando dicho evento es el nacimiento, al cohorte se le llama “generación”.

Copago. Participación económica a cargo del asegurado al utilizar servicios específicos. Puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o una cantidad fija.

Cuarta Edad. Periodo de la vida concebido a partir de los 75 años de edad.

Cuidados Formales. Cuando se realizan por un cuidador profesional.

Cuidados Informales. No son remunerados y son prestados normalmente por la familia u organizaciones benéficas.

Dependencia. Situación en la que una persona, normalmente en la vejez, por razones ligadas a la falta o pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, precisa de la ayuda de terceras personas para realizar sus actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria.

Deterioro Cognitivo. Síndrome clínico caracterizado por el declive en algunos dominios cognitivos como la memoria, el cálculo, el lenguaje, razonamiento y juicio, etc. lo suficientemente intenso para alterar la funcionalidad de la persona.

Discapacidad. Restricción o falta de habilidad para realizar una actividad.

Enfermedad Crónico-Degenerativa. Término aplicable a las enfermedades largas o habituales, que vienen de tiempo atrás y que además causan la pérdida total o parcial de un órgano.

Enfermedades No Transmisibles. Término que hace referencia a enfermedades crónico degenerativas como las cerebrovasculares, las cardiopatías, el cáncer, la diabetes, etc.

Enfermedades Transmisibles. Expresión aplicable a las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Enfermedad Vascular Cerebral. Enfermedad caracterizada por la falta de irrigación sanguínea a un territorio cerebral determinado.

Envejecimiento Demográfico. Se define como la mayor participación relativa de la población en edad avanzada dentro de una sociedad.

Esperanza de Vida. Es el número medio de años que espera vivir una persona a partir de su nacimiento, suponiendo que la tendencia de la mortalidad permanece invariable, ya que el cálculo de este indicador toma como base las tasas de mortalidad por edad para un determinado año.

Estructura de la Población por Edad y Sexo. Composición de la población de acuerdo con el número de hombres y mujeres en cada grupo de edad.

Fórmula Global. Consiste en abonar una renta definida en el momento de suscripción del seguro. Es más sencilla y flexible que la indemnizatoria pues el uso de los recursos queda a elección del asegurado.

Fórmula Indemnizatoria. Se refiere a los contratos de reembolso de los gastos incurridos por la atención brindada a un dependiente.

Geriatría. Es la rama de la medicina interna a la que conciernen las enfermedades de la vejez y su tratamiento.

Gericultismo. Se refiere a una preparación técnica correspondiente a un afortunado híbrido entre enfermera, rehabilitador y cuidador especializado.

Gerontología. Ciencia que estudia los fenómenos que produce la vejez; analiza este periodo de la vida en sus diversos aspectos: morfológicos, fisiopatológicos (geriatría), psicológicos, sociales, etc.

Gerontología Social. Parte de la gerontología que se ocupa de los fenómenos sociales relacionados con la participación del viejo en la sociedad actual.

Incapacidad Cognitiva. Pérdida o deterioro de las capacidades mentales.

Índice de Dependencia. Es la relación de la población menor de 15 y mayor de 64 años de edad entre la población de 15 a 64 años, expresada como porcentaje. Indica el número de personas en edades dependientes por cada cien personas en edades productivas.

Morbilidad. Proporción de enfermos en lugar y tiempo determinados.

Mortalidad. Se refiere a las defunciones como un componente del crecimiento poblacional.

Periodo de Espera. Tiempo necesario que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de la póliza para que los padecimientos indicados expresamente puedan ser cubiertos por el seguro.

Preexistencias. Alteraciones en la salud provocadas por una causa anormal interna o externa, cuyos síntomas o signos se manifiesten antes del inicio de cobertura.

Prima de Riesgo. También llamada prima pura, representa la unidad más simple y básica del concepto "prima". Significa el costo real asumido por el asegurador, sin tener en cuenta sus gastos de gestión ni otros conceptos.

Primer Nivel de Atención a la Salud. Servicios médicos enfocados a preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones preventivas, diagnósticos tempranos, protección específica, etc.

Segundo Nivel de Atención a la Salud. Servicios médicos dirigidos a la restauración de la salud con atención a daños frecuentes y de mediana complejidad a pacientes derivados del primer nivel y a los que se presentan con urgencias médicas o quirúrgicas.

Tercer Nivel de Atención a la Salud. Servicios orientados a la restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y tratamiento.

Tercera Edad. Periodo de la vida concebido entre los 65 y 74 años de edad.

Transición Demográfica. Se refiere a los cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de las bajas en la fecundidad y la mortalidad.

Transición Epidemiológica. Se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes.

Valoración Geriátrica de la Funcionalidad. Es la evaluación médica de las capacidades físicas y mentales del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea.

BIBLIOGRAFÍA

Libros, Revistas y Publicaciones

Cerejido, Marcelino (et al). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. Coordinado por Hugo Arechiga. México Siglo XXI: UNAM. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. 1999

CONAPO. *La Población de México en el nuevo Siglo*. Segunda edición. México. 2001.

CONAPO. *Situación demográfica en México 2003*. Primera edición. México. 2003.

Gómez José, Rabell Cecilia. *La población de México: Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México: FCE y CONAPO, 2001.

González Flores, J. Fabián (2003). *La Dependencia, ¿el nuevo riesgo a proteger por la seguridad social?*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Comisión Americana de Actuaría y Financiamiento. Saint Michael, Barbados.

Ham Chande, Roberto. *El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México*. Salud Pública México. 1996

Ham Chande, Roberto. *Envejecimiento y esperanza de vida activa* en “La Población de México: situación actual y desafíos futuros”. CONAPO. 2000.

Ham Chande, Roberto. *Esperanzas de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas* en “Estudios Demográficos y Urbanos”, N° 48. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. El Colegio de México. 2001.

Ham Chande, Roberto. *Los umbrales del envejecimiento* en “Estudios Sociológicos”, N° 54. Centro de Estudios Sociales. El Colegio de México. 2000.

INAPAM. *¿Quiénes somos y qué hacemos?*. México.

OCDE. *Health at a Glance*. OCDE Indicators. 2003.

OCDE. *Society at a Glance*. OCDE Indicators. 2002.

Revista DEMOS. *Carta demográfica sobre México*. N° 14. México. 2001

SSA. *Programa de Acción: Atención al envejecimiento*. 2001.

Leyes y Códigos

Sánchez Sodi, Horacio. *Compilación de Leyes Mexicanas*. Primera edición. México. 1997

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México, D.F. 2002

Ley del Impuesto Sobre la Renta, 2003.

Tesis

Barrantes Monge, Melba de la Cruz (2004). *Prevalencia de la dependencia funcional y su asociación con enfermedades crónicas*. Tesis presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Canudas Romo, Vladimir (1997). *El Estado Funcional de la Vejez en México*. Tesis presentada en la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México.

López Moreno, Sergio (2002). *Compresión de la morbilidad en México: contrastación empírica de un modelo teórico en epidemiología*. Tesis presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Luna Acle, Beatriz (2003). *Expectativas del costo de gastos médicos a pensionados*. Tesis presentada en ENEP Acatlán de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Monrreaez Velásquez, Sergio Omar (1999). *La vejez: un fenómeno transcultural en México*. Tesis presentada en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Mugica Hernández, Antonio (2001). *Situación Actual de la Vejez Mexicana y la Necesidad de una Ley de Protección a la Senectud para el Estado de Veracruz*. Tesis presentada en la Facultad de Derecho de la Universidad Villa Rica. Boca del Río, Veracruz.

Encuestas y Estadísticas:

CELADE / CEPAL. *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México*. 2001.

CONAPO / DIF. *Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México, 1994*. México. 1994.

CONAPO. *Proyecciones de la población de México 2000 - 2050*. México. 2002.

IMSS. *Programa de Administración de Riesgos Institucionales*. México. 2003.

INEGI. *Indicadores sociodemográficos de México (1930-200)*.

INEGI. *Resultados definitivos. Tabulados básicos de los Estados Unidos Mexicanos*. Censo 95. México. 1995.

INEGI. *Tabulados básicos de los Estados Unidos Mexicanos*. Tomo I. XII Censo General de Población y Vivienda. México. 2000.

INEGI. *Tabulados básicos de los Estados Unidos Mexicanos*. Tomo II. XII Censo General de Población y Vivienda. México. 2000.

SSA. *Encuesta Nacional de Salud 2000*. Tomo I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. México. 2001.

SSA. *Mortalidad 2000*. México. 2002

Páginas Web

Alzheimer

<http://www.alzheimer.org.mx/alz.htm>

Casado Marín, David. *El futuro del seguro de dependencia*. 2003. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.
<http://www.doyma.es/pdf/138/138v17n01a13043415pdf001.pdf>

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)

http://www.cndh.org.mx/Principal/document/derechos/cartillas/fr_gruposV.htm

Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

http://www.condusef.gob.mx/informacion_sobre/ises/ises.htm

Consejo Nacional de Población (CONAPO)

www.conapo.gob.mx

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Plan de arranque: avances y situación actual.

<http://www.fms.uson.mx/cruzada.htm>

De la Peña Esteban, J. Iñaki. *Impacto del envejecimiento de la población en el seguro de salud y de dependencia*. 2003. Instituto de Estudios Financiero Actuariales.

<http://papelesdepoblacion.uaemex.mx/rev35/pdf/lnaki35.pdf>

El Médico Interactivo. Diario electrónico de la sanidad.

<http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema9/vgeriatricaa2.htm>

El Seguro de Dependencia, a punto de ver la luz (La seguridad de un buen porvenir)

http://www.fundaciononce.es/graficos/programa-accion/n2-2000/pag14_15.asp

El Seguro de Dependencia en España

<http://www.unespa.com/memorias/memoria1999/dependencia.pdf>

El seguro de dependencia, opción ante el progresivo envejecimiento. Sanidad Privada.

<http://www.diariomedico.com/grandeshist/cprivadas/nueve.html>

El seguro privado de dependencia: comparaciones internacionales

<http://www.scor.fr/pdf/newsletters/NTS9es.pdf>

Hidalgo González, Jorge G. *Los cuidados a largo plazo de los envejecidos: oportunidades en un mercado en expansión.* Universidad de Costa Rica.

<http://www.redadultosmayores.com.ar/saludAM.htm>

Índice de Barthel

<http://www.fundacioninfosalud.org/anciano/GUIAS/%C3%8DNDICE%20DE%20BARTHEL.htm>

<http://hipocampo.org/default.htm?Barthel.htm~hipocampoMainFrameV>

http://bipfaes.faes.es/faes/bipfaes/tests/documentacion_test/088.doc

Índice de Katz

<http://hipocampo.org/default.htm?katz.htm~hipocampoMainFrame>

http://bipfaes.faes.es/faes/bipfaes/tests/documentacion_test/086.doc

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

<http://www.imss.gob.mx>

http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_PREVENIMSS

Junta de Asistencia Privada

<http://www.jap.org.mx/>

Long Term Care Wiz

<http://www.longtermcarewiz.com>

M. C. Sergio López Moreno (et al). *La hipótesis de la compresión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología.* Salud pública de México. Vol. 40, No. 5 septiembre-octubre de 1998.

<http://www.insp.mx/salud/40/405-9.html>

M. en C. Carlos Galván. *El cuidado de ancianos dependientes, ¿debe ser en el hogar?* Basado en información que proviene de la Universidad de Barcelona, España.

<http://www.prodigyweb.net.mx/link99/a1-cuidado-hogar.htm>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en México

<http://www.oedemexico.org.mx>

Pérez Díaz, Julio. *Envejecimiento y esperanza de vida en salud.*

<http://www.redadultosmayores.com.ar/saludAM.htm>

Red Adultos Mayores

<http://www.redadultosmayores.com.ar>

Rivera Saganta, Jorge. *El Seguro de Dependencia. El Envejecimiento de la Población y su Repercusión en el Estado de Bienestar.*

<http://www.foross.org/revista05/a06.htm>

Rivero, Arturo. *Fracasa reforma al IMSS.* Grupo Reforma.

<http://www.mural.com/negocios/articulo/363869/>

Secretaría de Salud

www.salud.gob.mx

Son cinco acciones para la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

<http://www.cimac.org.mx/noticias/01enc/01012214.html>

Taleyson, Lucie y Durand, Romain. *El seguro privado de dependencia: comparaciones internacionales.* SCOR División Vida. Enero 2003, n° 9.

<http://www.scor.fr/pdf/newsletters/NTS9es.pdf>

Weimberg, Fernando D. *Seguro de "Long-Term Care": por una vida mejor.*

<http://www.caps.com.ar/segurolongterm.htm>

ANEXOS
(Capítulo II)

Anexo II.1. Cuestionario de la ENSE para la evaluación del estado funcional.

Desearía saber si USTED puede desempeñar sin ayuda, con ayuda o de ninguna manera las siguientes actividades:
¿Puede o podría USTED...?

Actividades	Código
	1 Sin ayuda 2 Con ayuda 3 De ninguna manera
Salir fuera de casa	
Desplazarse entre las habitaciones	
Caminar en una rampa o escalera	
Caminar tres cuadras o 300 metros	
Cargar un objeto pesado, como bolsa del mercado, por cien metros	
Llegar al inodoro a tiempo	
Bañarse	
Vestirse y desvestirse	
Entrar y salir de la cama	
Cortarse las uñas de los pies	
Tomar sus medicamentos	
Manejar su dinero	
Alimentarse	
Realizar tareas domésticas ligeras (lavar trastos, barrer, cocinar, etc.)	
Realizar tareas domésticas pesadas (lavar pisos, ventanas, etc.)	
Permanecer solo en la noche	

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento, 1994.

Anexo II.2. Escala de incapacidad física de la Cruz Roja.

Persona: _____ Entrevistador: _____

Fecha: _____

Se anotará en la Escala de la Cruz Roja uno de los valores de 0 a 5.

No se aceptarán dos posibilidades de la escala, ni valores intermedios.

Se buscará el punto que más se aproxime a la situación física o mental del paciente.

Se considera 0 una persona completamente independiente, 1-2 dependiente leve, 3 dependencia moderada. 4-5 dependencia grave, una persona totalmente dependiente.

Grados de incapacidad física

0. Se vale por sí mismo. Camina con normalidad.
1. Realiza suficientemente las ABVD. Algunas dificultades para desplazamientos complicados.
2. Algunas dificultades en ABVD por lo que necesita ocasional apoyo. Camina con ayuda de bastón o similar.
3. Graves dificultades para las ABVD, necesitando apoyos en casi todas. Camina con mucha dificultad, ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
4. Necesita ayuda para casi todas las ABVD. Camina con extraordinaria dificultad, ayudado al menos por dos personas. Incontinencia habitual.
5. Inmovilizado en cama o sillón. Dependiente total. Necesita cuidados continuos de enfermería. Incontinencia.

Puntuación:

0: independiente

1-2: dependencia leve

3: dependencia moderada

4-5: dependencia grave

Fuente: El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. N° 128.

Anexo II.3. Índice de Barthel.

Comida

- 10 Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla ... pero es capaz de comer sólo.
- 0 Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

Lavado (baño)

- 5 Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
- 0 Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

Vestido

- 10 Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos sin ayuda.
- 5 Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.

Arreglo

- 5 Independiente. Realiza todas las actividades personales (lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.) sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.
- 0 Dependiente. Necesita alguna ayuda.

Deposición⁸¹

- 10 Continente. No presenta episodios de incontinencia.
- 5 Algún episodio ocasional de incontinencia. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas (lavativas) o supositorios.
- 0 Incontinente. Más de un episodio semanal.

Micción⁸²

- 10 Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal, etc.).
- 5 Un episodio diario como máximo de incontinencia o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.
- 0 Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.

Ir al retrete

- 10 Independiente. Entra y sale solo del cuarto de aseo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
- 5 Necesita ayuda para ir al retrete. Es capaz de usar el cuarto de baño y se limpia solo.
- 0 Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.

Traslado (cama/sillón)

- 15 Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
- 10 Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
- 5 Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada, pero es capaz de mantenerse sentado solo.
- 0 Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

⁸¹ Acción de defecar.

⁸² Acción de orinar.

Deambulaci3n

- 15 Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
- 10 Necesita ayuda. Requiere supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
- 5 Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n.
- 0 Dependiente. Es incapaz de deambular.

Subir y bajar escaleras

- 10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
- 5 Necesita ayuda. Requiere ayuda o supervisi3n.
- 0 Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.

Máxima puntuaci3n: 100 (90 si va en silla de ruedas)

- < 20 Dependencia Total
- 20-35 Dependencia Grave
- 40-55 Dependencia Moderada
- ≥ 60 Dependencia Leve
- 100 Independencia

Fuente: Págin a electr3nica de la Fundaci3n Infosalud

Anexo II.4. Índice de Katz.

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

Bañarse (con esponja, ducha o bañera):

Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

Vestirse:

Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

Usar el retrete:

Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

Movilidad:

Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia:

Independiente: control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

Alimentación:

Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar)

Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

El resultado se informa mediante la letra adecuada, p.e.: Índice de Katz: C.

Fuente: Página electrónica de Hipocampo.org

Anexo II.5. Escala de Lawton y Brody.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	
Paciente _____ Edad _____ Sexo _____	
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cual es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria.	
ESCALA INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA	PTOS.
A. Capacidad para usar el teléfono	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
B. Ir de compras	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. Preparación de la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. Cuidar la casa	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como lavar platos o hacer camas	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. Lavado de ropa	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. Medio de transporte	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte usando taxi, pero no usa transportes públicos	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. Responsabilidad sobre la medicación	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. Capacidad de utilizar el dinero	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
3. Incapaz de manejar dinero	0
Máxima dependencia 0 puntos	
Independencia total 8 puntos	

Fuente: El medico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. N° 128.