

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**

**FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS
FACULTAD DE QUÍMICA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CUAUTITLÁN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**LIDERAZGO DEL ESTADO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.
SALUD FINANCIERA PREVENTIVA PARA LA POBLACIÓN DE
LA TERCERA EDAD**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN CIENCIAS
DE LA ADMINISTRACIÓN**

PRESENTA

DÉBORA SCHLAM EPELSTEIN

MÉXICO, D.F. FEBRERO DE 2012

**ASESORES: BEATRIZ CASTELÁN GARCÍA
ROBERTO MORENO ESPINOSA
FELICIA MARIE KNAUL**



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.

Dedicatoria

Esta tesis la dedico a la memoria de mi muy querido Padre. De él siempre escuche decir que viviría mientras pudiera valerse por sí mismo... y lo cumplió. Independientemente que pueda no estar ahora de acuerdo en la cuestión de recibir ayuda de los demás, lamento que mi padre no supiera que él hubiera podido cambiar su realidad. Me encantaría haber sabido cuando él todavía vivía lo que hoy sé, para haberle podido decir... alto! ¿No quieres depender de nadie? entonces cuida tu salud y alimentación, haz ejercicio, no fumes. En lugar de demostrarle cuan independiente era yo, lo haría sentir indispensable, buscaría como hacerlo reír a sus anchas,... ahora me queda el ánimo para compartir esto con mis seres queridos y promover que el Gobierno con un buen liderazgo apoye e impulse que cada mexicano se haga responsable de la salud física y financiera de su vejez.

También se las dedico a mis dos hijas, Gaby y Sofi que son el Lucero de mi vida. A mi Mamá, hermanas y hermanos, en especial a Jacqueline y su esposo Moy que fueron cómplices silenciosos en todas las decisiones fundamentales de mi vida y muy especialmente a Carlos Schulze; muchas veces reagué por tardarme tanto en titularme, ahora entiendo que se dio en el momento justo porque el Todo Poderoso tenía dispuesto un mágico encuentro antes de cerrar este capítulo de mi vida y abrir otros.

Agradecimientos

Agradezco antes que todo a Beatriz Castelán, Roberto Moreno y Felicia Knaul, porque siempre me apoyaron para no rendirme a mitad del camino y con paciencia e inteligencia me guiaron en cada paso.

A Ma. Carmen García Peña y Mariana López que dedicaron horas de su muy ocupada agenda para revisar minuciosamente los borradores de los Documentos y, con su gran experiencia en el tema, sugerir cambios y precisiones que me resultaron muy valiosos.

Al Ing. Samuel Cimet Cimet porque fue quien me invitó a entrar a lo que después se convirtió en una gran aventura, este Doctorado.

A la Maestra Lety Estrada y a Columba Pérez, por su invaluable apoyo en toda la cuestión administrativa.

	<i>Página</i>
ÍNDICE:	
Resumen	6
Introducción	7
Capítulo 1. Metodología de la investigación	15
1.1 Planteamiento del problema	15
Transición demográfica, epidemiológica, económica y social y su impacto en la calidad de vida de la sociedad.	37
1.2 Objetivo	39
1.3 Hipótesis	39
1.4 Instrumentos y cuestionarios	40
1.5 Validez de los instrumentos	40
1.6 Tipo de estudio	40
1.7 Tipo de diseño	40
1.8 Procedimiento	40
Capítulo 2. Marco Teórico. Coincidencias y diferencias entre los postulados del Modelo de Liderazgo Situacional y los Estudios Generacionales de Políticas Públicas	42
2.1 Modelo de Liderazgo Situacional	42
2.2 Implementación de políticas públicas: Estudios Generacionales	53
2.3 La Nueva Gestión Pública	72
Capítulo 3. Análisis del liderazgo en programas dirigidos a la población de la tercera edad	80
Capítulo 4. Propuesta de Modelo de Liderazgo ABC para la instrumentación y evaluación de las Políticas Públicas.	119
4.1 Componentes del Modelo. De la A a la Z	120
4.2 Etapas para la Implementación del Modelo, agrupamiento de variables.	122
Capítulo 5. Caso Práctico. Aplicación del Modelo para propiciar la seguridad financiera en la calidad de vida de la población de la tercera edad.	125
Capítulo 6. Consideraciones y referencias finales	139
Referencias Bibliográficas	144
Anexos:	
✓ Definiciones	156
✓ Resultados de las Encuestas levantadas a pensionados; residentes en asilos y a personal activo.	159
✓ Cuestionarios aplicados a: Afiliados; pensionados y a habitantes en Hogares para Ancianos.	160

Índice de Cuadros/Gráficas

Cuadro 1. Evolución de la Fecundidad, 1940-2050.	20
Cuadro 2. Proyecciones de la Población de México, 2005-2050.	21
Cuadro 3. Distribución porcentual de la población derechohabiente de 60 años y más según institución por grupos quinquenales de edad, 2004.	22
Cuadro 4. Distribución porcentual de la población ocupada según condición de aseguramiento, 2004.	23
Cuadro 5. Factores de Morbilidad por Rango de Edad.	25
Cuadro 6. Actividades Básicas de la Vida Diaria por Rango de Edad.	26
Cuadro 7. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.	27
Cuadro 8. Tasa de participación económica de la población de 60 años y más por condición de discapacidad y grupos quinquenales de edad según sexo.	28
Cuadro 9. Tasa neta de participación económica de la población de 60 años y más	34
Cuadro 10. Promedio de horas a la semana dedicadas al trabajo de la población de 60 años y más por grupos quinquenales de edad según sexo, 2004.	34
Cuadro 11. Promedio de horas a la semana e ingreso promedio por hora de trabajo extra-doméstico de las personas de 60 años y más por nivel de instrucción.	35
Cuadro 12. Ingreso promedio mensual de los hogares con al menos una persona de 60 años y más por tipo de ingreso recibido según tamaño de localidad.	36
Cuadro 13. Síntesis de Estudios Generacionales.	55
Cuadro 14. Diferencias y Similitudes entre Organizaciones Públicas y Privadas.	74
Cuadro 15. Resumen de Coincidencias y Diferencias del Modelo de Liderazgo Situacional y los Estudios Generacionales.	78
Cuadro 16. Resumen de Programas del Gobierno Federal dirigidos a la Población de la Tercera Edad.	85
Cuadro 17. Evaluación de las Metas: Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento 2001-2006.	87
Cuadro 18 Acciones del Programa de Atención Gerontológica.	91
Cuadro 19. Indicadores de Resultados. Programa de Atención Adultos Mayores.	102
Cuadro 20. Monto Promedio por Pensión.	113
Cuadro 21. Ciclo de Vida.	124
Cuadro 22. Monto de Pensión Mensual Mínima.	128
Cuadro 24. Causas y consecuencias de la problemática de la población senescente.	131
Cuadro 24. Ventajas y desventajas de Opciones.	136
Cuadro 25. Resultados de la Encuesta a pensionados ISSSTE.	159
Cuadro 26. Resultados de la encuesta a Residentes en Asilos del INAPAM.	160
Cuadro 27. Resultado de la Encuesta a Personal Activo.	161

“...El ser humano debe prepararse para la vejez prácticamente desde sus primeros años de vida, pero más a partir de los 40, para no ser una carga para nadie y conservarse activo...”^{1/}

RESUMEN:

El estilo del liderazgo en la definición e implementación de programas del gobierno mexicano carece de un diagnóstico y de una visión de largo plazo que nos diga en dónde estamos y a dónde nos gustaría llegar, lo que ha propiciado la proliferación de programas que no están sustentados en una política pública, la duplicidad de acciones, además de que éstos ataquen, los efectos y no las causas de los problemas, lo que conlleva a la falta de resultados permanentes.

Así, la atención de los problemas de la vejez entre varios subsistemas en los que intervienen muchos actores periféricos sin una política pública que incluya una definición clara y compartida de un diagnóstico, valores, objetivos y metas, ha contribuido a la fragmentación y duplicación de programas y a la ausencia de una política integral, coherente, efectiva y eficiente sobre la vejez.

El Estado debe ofrecer al Ciudadano las herramientas para que éste asuma de la mejor manera posible su responsabilidad en las diferentes etapas del Ciclo de Vida: como estudiante, como trabajador, como padre de familia, como adulto mayor. Le corresponde a cada individuo prever su solvencia económica en su etapa de adulto mayor y al Gobierno propiciar que llegue a esta etapa sano física y financieramente.

El desafío es enorme, las aceleradas revoluciones demográfica y epidemiológica y los cambios en el entorno socio-económico de los últimos cincuenta años, conllevan a un incremento significativo en la esperanza de vida media; a un cambio en las principales causas de morbilidad y la duración y el costo de la misma, así como en el funcionamiento de la sociedad en general y de la familia en particular. Hoy día siete de cada 100 mexicanos son mayores de 60 años y, para el 2050, el porcentaje de senescentes alcanzará el 28%. Habrán 3 millones de ancianos viviendo solos y 15 millones con dependencia por problemas de movilidad.

Aunque el envejecimiento en México y otros países latinoamericanos se está presentando de manera acelerada, todavía hay una ventana de oportunidad para definir e implementar una verdadera política de envejecimiento que cambie la realidad de mañana de los hoy jóvenes y adultos.

^{1/}

Godoy, Emma. *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Gente Grande*. México, 2005. Pag. 33.

INTRODUCCIÓN:

La premisa principal de la investigación es que la falta de resultados definitivos de los programas públicos se debe, en gran parte, al estilo del liderazgo curativo y no preventivo, que no determina las políticas públicas que sirvan de marco a los programas y acciones del gobierno federal, es decir, hay programas más no políticas públicas.

De un análisis comparativo, resulta que, contrario a lo que se podría presuponer, hay considerables coincidencias en las herramientas administrativas que propone el Modelo de Liderazgo Situacional de Blanchard y los postulados de los estudios generacionales de la implementación de las políticas públicas de la segunda y tercera generación.

A pesar de que los ámbitos de acción son diferentes, ambas administraciones, tanto la pública como la privada, se dirigen a satisfacer necesidades de la sociedad y las acciones para ello son ejecutadas por personas que requieren de un claro liderazgo, de la definición de valores, objetivos y metas y de la capacidad y gestión para llevarla a cabo de manera favorable.

Los funcionarios de la Administración Pública, han utilizado elementos de los modelos de la administración privada pero de manera aislada. No hay un liderazgo que defina las políticas públicas o que cuando existen, las vincule con los programas y acciones, que dé las pautas para una Visión consensuada que abarque las diferentes etapas del ciclo de vida de los ciudadanos, que sea marco de los diferentes programas, no hay valores jerarquizados. No hay claridad en la función del gobierno y la responsabilidad de cada ciudadano, seguimos jugando el juego perverso de paternalismo. Al igual que un líder en una empresa debe preparar a los trabajadores para que cumplan con sus obligaciones; la función de los líderes del Gobierno es preparar a los ciudadanos para que asuman cabalmente sus responsabilidades.

Cada Dependencia y peor aún en cada Administración, y en ocasiones cada Programa redefine una visión, misión, objetivos y metas, sin antes tener un claro diagnóstico; se da una capacitación, sin previamente haber detectado las habilidades requeridas. La evaluación del desempeño, además de que se vuelve un requisito más al no contar con una visión y valores compartidos, metas alcanzables y medibles, no cumple con su objetivo de incentivar o reorientar, el problema es de origen porque la evaluación la realiza, en el mejor de los casos, el jefe inmediato, quien no es el *cliente*. Con ello, el mensaje es tener satisfecho al jefe y no al beneficiario de los programas públicos.

La Visión del país que queremos debe tomar en cuenta la realidad de los ciudadanos en cada etapa del ciclo de vida; sus necesidades, sus oportunidades, los objetivos y metas y los programas y acciones que permitan alcanzarlos de la manera más costo/efectiva. Para ello, el presupuesto debiera circunscribirse al logro de los objetivos, y lo cambiante, producto de una constante evaluación, serían en todo caso los programas y acciones y no las políticas públicas ni su visión, sus metas ni sus objetivos.

En la Administración Pública se emplea con gran entusiasmo el concepto de Presupuestación por Resultados, sin embargo, al ser manejado como un fin último, solo *obliga* a los responsables de los programas a establecer metas

cuando ya está operando un programa. Las metas son más de cobertura que de logros, y dado que al momento de definir las, en muchos casos, el objetivo es evitar ser observados por las instancias fiscalizadoras, la tendencia es que las metas sean fácilmente cumplibles y no signifiquen un verdadero reto y no se tiene una Base Cero.

El galopante envejecimiento de la población, la evolución socio-económica y la transición epidemiológica, y su impacto en las familias y en la sociedad, provocan que la atención a este segmento de la población sea un tema que debe abordarse de manera urgente. En esta investigación la ausencia de liderazgo se ejemplifica en los programas y acciones dirigidas a la salud financiera de la población de la tercera edad.

En cuanto al planteamiento de los objetivos del principal programa de apoyos financieros a la población de la tercera edad, pensiones del IMSS, *Buenas intenciones, malos resultados*,^{2/} señala que la Seguridad Social en su origen se planteó con un doble objetivo. Por un lado, mejorar la distribución del ingreso y por el otro, proteger a los trabajadores contra diversos riesgos como la enfermedad, la pérdida de empleo, la invalidez, o la ausencia de ingresos durante la vejez. En el mismo estudio se señala que no es correcto que una sola política busque los dos objetivos y que para redistribuir el ingreso hacia los trabajadores de bajos ingresos, se requiere de un instrumento diferente que reduzca el consumo de todos los hogares de ingresos más altos, para obtener recursos para aumentar el consumo de todos los hogares de bajos ingresos.

Esta crítica se vuelve aún más contundente por el hecho de que las reformas recientes a las leyes de Seguridad Social, tanto del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) como del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), abanderan como propósitos incrementar el ahorro de la economía y fomentar con ello la inversión; cuando se explican estas reformas no se está atendiendo la problemática reconocida de la seguridad social: falta cobertura y bajos niveles de las pensiones.

A pesar de que México cuenta con una ventana demográfica por el predominio de una baja razón de dependencia debido a la transformación de la pirámide poblacional a favor de una mayor participación de la población en edades laborales, cuatro objetivos en una sola política (cobertura, monto de las pensiones, ahorro e inversión), en un contexto de bajos ingresos y de falta de incentivos para los que tienen la posibilidad de ahorrar hoy para garantizar su futura salud financiera, conlleva a que no se asegure la *salud financiera* de los futuros senescentes.

Esto que con la claridad de la exposición de Buenas Intenciones, Malos Resultados parece tan obvio, tiene su trasfondo en la forma de liderazgo de las políticas que conlleva a la ausencia de una definición de valores y objetivos comprensible y compartida. Los valores, señala el Modelo de Liderazgo Situacional deben ser pocos y bien jerarquizados.

^{2/}

Levy, Santiago. *Buenas intenciones, malos resultados: Política Social, Informalidad y Crecimiento Económico en México*. BID. Brooking Institution Press. Washington, 2008.

No se pretende en ningún momento insinuar que no es relevante la crisis financiera de estos institutos, por supuesto que lo es, pero estas reformas atacan los efectos y no el problema de raíz.

Algunos de los factores que explican la raíz del problema, son, por ejemplo, la corta edad de jubilación, el porcentaje de aportación; la base para la estimación de la misma, ya que la realidad actual dista mucho de la que imperaba hace sesenta años cuando se originó la seguridad social y se establecieron entre otros elementos los porcentajes de aportación; la edad de jubilación y las semanas de cotización, que aunque estos últimos se han ajustado, no están a los niveles que aseguren blindar todas sus necesidades básicas y asegurar así una vida decorosa, pensando en que este debiera ser el fin último de esta Política.

Se requiere de una verdadera política de seguridad social, que defina una visión de largo plazo y un verdadero compromiso con la sociedad. Así, los directivos del área de pensiones del ISSSTE, mencionaron en la entrevista que es frecuente que los pensionados que enviudan contraigan nuevamente matrimonio, con parejas mucho más jóvenes y al fallecer, el Instituto, es decir, la sociedad, deba cubrirles una pensión, durante tres o cuatro décadas más.

La falta de liderazgo propicia también grandes contradicciones. Así, por ejemplo, la Ley del ISSTE, en su artículo XX, señala que un hijo adoptivo recibirá pensión por orfandad, siempre y cuando el padre haya realizado la adopción antes de los 55 años de edad. Llama la atención que se pueda optar por dejar desprotegido a un menor de edad que el apoyo sería por un período corto, hasta los 18 años de edad, y si se cubran pensiones a un adulto durante décadas sin considerar por ejemplo la edad en que contrajo matrimonio o si tienen hijos en común.

El proceso de envejecimiento repercute sensiblemente sobre varios factores del desarrollo, sobre el funcionamiento de las sociedades y también sobre el bienestar relativo no solo de los adultos mayores, sino de los grupos más jóvenes. Dentro de estos factores sobresalen los sistemas de pensión y jubilación; la composición de la población activa y las modalidades de participación en la misma; los arreglos en cuanto a familia y hogar; las transferencias intrafamiliares de una generación a otra; y, las condiciones de salud de los adultos mayores.

La vejez corresponde a aquella etapa de la vida en donde comienza a hacerse manifiesta la disminución paulatina o pérdida de capacidades que no permiten al individuo adaptarse a las condiciones cambiantes de su entorno. La relación con la edad y la capacidad de adaptación en cada uno de estos factores es directa, a mayor edad, mayor vulnerabilidad. Por ello, la edad se vuelve variable fundamental para el análisis y el estudio del envejecimiento de la población.

Sin embargo, la población de la tercera edad no es un grupo homogéneo. Por un lado, cronológicamente se le puede dividir en tres grupos: el primero de 60 a 69 años de edad en que son en su mayoría activos e independientes; el segundo, de 70 a 79 en que son semi-independientes y el tercero, de 80 y más años en que gran parte son dependientes. Esta dependencia tiene una connotación tanto física como financiera que, por lo regular, van de la mano.

Por otro lado, otra distinción tiene que ver más con su estado de salud/enfermedad que con la edad cronológica. El envejecimiento es un proceso dinámico y multidimensional que opera fisiológicamente a lo largo de la vida de los seres humanos, y está influido por diversos factores endógenos y exógenos; se identifican cuatro variedades básicas de envejecimiento: normal; exitoso; patológico y terciario.^{3/}

En cada etapa de la vida, se pueden distinguir necesidades inmediatas, sin embargo, las que surgen en la tercera edad son, en gran medida, reflejo de una insuficiente e inadecuada respuesta a las necesidades de las etapas anteriores. Así, los crecientes recursos requeridos para la atención de la salud de los adultos mayores, se explican, en gran parte, por las ineficiencias acumuladas de la oferta de los servicios a lo largo de las diferentes etapas del ciclo de la vida.

El Objetivo del Plan de Acción Internacional de Madrid, definido en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en abril de 2002, es lograr una calidad de vida que permita envejecer con seguridad y dignidad.^{4/} Este ideal se traduce en asegurar elementos objetivos relacionados con las necesidades cotidianas de las personas mayores, tales como la seguridad de ingresos, el acceso a servicios sociales y sanitarios, el fortalecimiento de las redes de apoyo social, los entornos físicos favorables y aquellos relacionados con los intereses estratégicos de la vejez, como la erradicación de la violencia y la discriminación, el fomento de una imagen positiva del envejecimiento y el *empoderamiento* de las personas mayores, entre otros propósitos.^{5/}

^{3/} **Normal, primario o envejecimiento usual.** En esta variedad, no están enteramente exentos en su mayoría de algunas dolencias crónicas, pero las mismas no tienen gran impacto en su capacidad funcional cotidiana, en tanto ha mediado una adaptación exitosa en lo individual y lo social. **Exitoso o envejecimiento óptimo.** Se observa solo el decremento funcional y sensorial atribuible al proceso de envejecimiento per se, y ni la enfermedad ni los efectos adversos del medio ambiente y los estilos de vida incrementan o complican el deterioro esperable. Abarca al menos tres aspectos: ausencia de enfermedad o discapacidad, mantenimiento de un alto nivel funcional tanto físico como cognitivo y participación en actividades sociales y productivas. **Patológico o envejecimiento secundario.** Se incluye en este grupo a las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas y cardiovasculares, secuelas neurovasculares, fracturas (comúnmente de cadera) o demencias tradicionalmente consideradas seniles. **Terciario.** Deterioro funcional acelerado durante los meses que preceden a la muerte. Vassallo, Carlos y Matilde, Sellanes. *La salud en la tercera edad*. Secretaría de la Tercera Edad. Argentina, 2001. Pág. 158.

^{4/} Los objetivos centrales dirigidos a la población de la tercera edad, incluyen: 1) La plena realización de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales; 2) Erradicación de la pobreza; 3) Completa y efectiva participación en la vida política, económica y social, incluyendo generación de ingreso y empleo voluntario; 4) Oportunidades de desarrollo individual; 5) Eliminación de violencia y discriminación; 6) Reconocimiento de la importancia del papel de la familia, de la interdependencia intergeneracional, la solidaridad y la reciprocidad para el desarrollo social; 6) Cuidado de la salud, soporte y protección social, incluyendo prevención y rehabilitación; y, 7) Promover la asociación entre distintos niveles de gobierno, la sociedad, el sector privado para traducir el Plan en acciones prácticas. Sidorenko, Alexandre. *Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing: Initial Experience*. 2004. Presentación. México, Distrito Federal. Pág. 2.

^{5/} CELADE/CEPAL. *Manual Sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez*. Mimeo. Santiago Chile, 2006.

En cuanto a la seguridad de ingresos de los adultos mayores, el Banco Mundial ha sugerido la revisión de las políticas públicas a fin de que su seguridad financiera se finque en cinco ejes: 1) no contributivo, de carácter redistributivo de beneficios definidos; 2) contributivo obligatorio manejado por el sector público, en el cual se incluye el objetivo de reducir la pobreza de los adultos mayores; 3) obligatorio de ahorro manejado por el sector privado; 4) voluntario de ahorro y 5) apoyo familiar y social a la vejez.

En México, en la última década se han implementado programas y acciones enfocados en la población de la tercera edad. Tal es el caso del Programa de Acción para la Atención al envejecimiento 2001-2006^{6/} que mediante el uso de cartillas, programas de vacunación, ferias de salud, entre otras acciones, buscaba un esquema de salud en parte preventiva, pero principalmente de detección temprana de padecimientos a la población que ya estaba en esa etapa de su ciclo de vida.

Por parte de la población asegurada, Prevén-IMSS busca evitar la enfermedad o detectarla de manera temprana y maneja cartillas en las que se definen las cuestiones de seguimiento para los distintos rangos de edad. El ISSSTE, dentro de la atención gerontológica que ofrece PrevenISSSTE, identifica y diagnostica riesgos y ofrece un tratamiento oportuno a través de la práctica de la geroprofilaxis en mayores de 40 años, pero a pesar de que es una medida preventiva en una etapa del ciclo anterior a la vejez, no tiene un fuerte impacto al no estar generalizada, como tampoco lo son los chequeos, *check-up*, que realiza anualmente a los trabajadores del sector público. Por la falta de reactivos, estos chequeos se realizan a una pequeña muestra de servidores públicos de cada dependencia, no se da seguimiento a los padecimientos encontrados y no conserva el Instituto la historia clínica de cada funcionario.

Por el lado de salud financiera, tema en el que se concentra esta investigación, debido a las insuficiencias y desigualdades de nuestro desarrollo, la gran mayoría de los adultos mayores (alrededor de 8 de cada 10) no cuenta con pensiones y la mayoría de quienes tienen acceso a ellas, no perciben lo suficiente para cubrir sus necesidades básicas.^{7/}

Estos programas y acciones coinciden con las necesidades de acción que han señalado los estudiosos del Tema. Sin embargo, la prevención financiera debiera permitir que el bienestar de la población de la tercera edad no estuviera sujeto a que el gobierno le pueda otorgar o no un subsidio mensual, sino que las diversas acciones actuales del gobierno en las diferentes etapas del ciclo de vida, pudieran significar una realidad diferente para la futura población senescente.

Los programas y acciones del Gobierno deberían inducir un cambio en la cultura. Desafortunadamente en México no tenemos una mentalidad preventiva. Ello se refleja no solo en las acciones de la ciudadanía con la falta

^{6/} Secretaría de Salud. *Programa de Acción para la Atención al envejecimiento 2001-2006*. México, 2001

^{7/} Ham Chande, Roberto; Berenice P. Ramírez López y Alberto Valencia Armas. *Evaluación y Tendencias de los Sistemas de Pensiones en México. Introducción*. Pág.7. El Colegio de la Frontera Norte. Miguel Ángel Porrúa. México, 2008.

de ahorro, del uso de seguros, de visitas preventivas periódicas al médico; sino también en los funcionarios públicos que definen las políticas, los programas y sus reglas de juego.

Debería existir una política pública integral que fomente una cultura de salud física, mental y financiera preventivas y propicie que se den todas las facilidades para ello, que conlleve a un envejecimiento exitoso y a una vejez digna. Que prepare a los mexicanos para la vejez. Ya hay programas de becas universitarias para los hijos y hasta se planea la muerte prepagando el mausoleo, pero aunque ya las instituciones financieras y de seguros ofrecen programas pensionarios, no hay el liderazgo que promueva una política que derive en programas y acciones que motiven o induzcan a la futura población senescente a prepararse para vivir un envejecimiento digno.

Esta tesis realizó primeramente una investigación bibliográfica para determinar las coincidencias y diferencias entre el modelo de liderazgo situacional y los postulados de los modelos de implementación de políticas públicas, para posteriormente, mediante entrevistas a los principales directivos y operativos de los programas dirigidos a la población senescente verificar las afirmaciones que sostenían estos últimos modelos. También se levantaron encuestas a senescentes y a adultos con padres senescentes a fin de confirmar el diagnóstico que arrojan las encuestas disponibles de ese segmento de la población, pero sobre todo para detectar cuáles son sus principales inquietudes y demandas.

De la conclusión de la investigación bibliográfica y de campo, se formula un modelo que adapta los postulados del modelo de liderazgo situacional a la definición e implantación de políticas públicas, para luego proponer elementos que debería contener una política de envejecimiento y dentro de la ella, dos intervenciones y algunas estrategias dentro de las mismas a aplicarse en las etapas previas a la vejez.

La conclusión principal es que tanto el liderazgo en un programa público como en uno privado requieren de las mismas herramientas: Visión, objetivos, metas, pero adicionalmente el programa público debe estar enmarcado en una política pública en que el tiempo y espacio de estas herramientas y los ejecutores a quienes hay que invitar a participar y facultar, difiere sensiblemente.

La Visión de un programa público, debe corresponder a la Visión de una política pública que a su vez debe estar acotada en la Visión como Nación y abarcar con otras políticas las diferentes etapas de la vida, ya que lo que se haga o deje de hacer en cada una impacta en el costo y alcance de una política particular. En cambio el ámbito de acción de un programa privado es muy acotado.

En el *capítulo 1* se presenta la metodología de esta investigación: el planteamiento de la falta de liderazgo en la definición e implementación de las políticas públicas y sus programas; el objetivo de la investigación que se resume en proponer un modelo de liderazgo en el ámbito público que conlleve a resultados definitivos; las hipótesis en cuanto a los factores que explican la proliferación de programas y acciones y la ausencia de resultados; los instrumentos de análisis, tipo de estudio y de diseño; y, el procedimiento de la investigación bibliográfica y del trabajo de campo mediante entrevistas a

directivos y operadores de programas, así como encuestas a los beneficiarios de los mismos toda vez que ellos son, a diferencia de los programas privados, los verdaderos *socios* a quienes hay que facultar para el éxito de los programas.

También en ese capítulo se incluye una breve reseña de la transición demográfica, epidemiológica y socio-económica, que determinan la relevancia de que el Gobierno defina una política de envejecimiento.

En el *capítulo 2* se presenta el marco teórico. En el primer apartado, se describen los postulados del Modelo de Liderazgo Situacional de Blanchard. Así, conforme al modelo Kenneth Blanchard, el liderazgo que ejerce el Gobierno en estos cambios es de control sin miras a ir permitiendo que conforme maduren los principales responsables, cambie por un liderazgo de delegación. De acuerdo a este modelo, el estilo de liderazgo se debe adaptar al nivel de desarrollo de los principales ejecutores de las acciones, a fin de lograr los objetivos y metas planteadas. La forma de liderazgo está implícita en la propia definición de los programas y acciones. Las políticas deben inducir y apoyar la madurez de los ciudadanos.

En el segundo apartado, se incluyen los principales postulados de los Estudios Generacionales de la Implementación de las Políticas Públicas, destacando las convergencias y divergencias entre estos y el Modelo de Liderazgo Situacional, incluyendo en la tercera generación los modelos propuestos por la Nueva Gestión Pública.

En el *capítulo 3* se presenta un análisis de las políticas, programas y acciones del gobierno federal. Basado en los postulados del Modelo de Liderazgo Situacional,^{8/} se analizan el Proyecto Visión 2030, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, así como los principales programas que ha implementado el gobierno federal en beneficio de la población de la tercera edad, mostrando que el estilo de liderazgo para construir y definir la Visión, las metas, los compromisos, la capacitación, la orientación, la delegación y la evaluación, ha propiciado resultados efímeros. Este análisis se basó en la investigación bibliográfica de los documentos existentes de cada programa tales como reglas de operación y lineamientos, evaluaciones externas así como en las entrevistas a los directivos y operadores para verificar su conocimiento de los objetivos y metas que enuncia cada programa así como de las necesidades de la población a las que pretende dar respuesta y la importancia como directivo u operador en la consecución de las metas.

En el *capítulo 4*, se propone un modelo para la definición e instrumentación de las políticas y programas públicos, basado en las conclusiones de los dos capítulos previos y que adapta los postulados del Modelo de Liderazgo Situacional de Blanchard al sector público, identificando primeramente los elementos necesarios y las diversas etapas que debe contemplar el modelo como guía que conlleve a resultados duraderos.

En el *capítulo 5*, se ejemplifica el uso del modelo presentado en el capítulo anterior, para la definición de una política concreta de envejecimiento

^{8/} Blanchard, Kenneth. *Liderazgo al más alto nivel. Cómo crear y dirigir organizaciones de alto desempeño*. Grupo Editorial Norma. Bogota Colombia, 2007.

identificando previo la necesidad de establecer una Visión Global para luego precisar la Visión de la política de Envejecimiento, considerando a la población en las diferentes etapas de vida, que permita que la creciente población de la tercera edad tenga una vida digna, tomando en cuenta para ello, la evolución demográfica y las tendencias de discapacidad, dependencia y morbilidad, el número de pensionados, el ingreso medio y las necesidades y preocupaciones de los afiliados y pensionados. Los programas deben buscar apoyar, capacitar y facultar a los ciudadanos para que estos puedan responsabilizarse por su futuro.

En el *capítulo 6*, se presentan las conclusiones de esta investigación. Es atribución del Gobierno cambiar la cultura de la Sociedad y propiciar que los ciudadanos cuenten con los elementos, en donde uno de los principales es la información, que les permitan prever sus futuras demandas como población senescente.

Finalmente, en los anexos se incluyen definiciones referentes a conceptos comúnmente empleados con relación a la población senescente; así como los resultados del levantamiento de las encuestas a población activa, a pensionados y a población que vive en albergues del INAPAM.

CAPÍTULO 1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que el Gobierno Federal puso de manifiesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 que el futuro de nuestro país depende de las decisiones del presente, en materia de política pública no hay un liderazgo que permita tener una Visión consensuada a largo plazo, que sea el hilo conductor de cada una de las políticas y programas de la Administración Pública Federal. Dicha Visión, debiera contemplar cada etapa del ciclo de vida, de forma que conlleve a garantizar mejores resultados.

Así, difícilmente una política educativa tendrá un impacto positivo si no se garantiza que la población entre 0 y 5 años de edad recibió alimentación, salud y estimulación temprana adecuados; a su vez, la ausencia de una correcta educación básica y alimentación, puede empañar los alcances de la capacitación laboral; el no prevenir en las diferentes etapas del ciclo la salud física y financiera de la población, podría provocar senescentes pobres y enfermos, lo que se traduciría en una fuerte presión social. Se requiere una visión preventiva, ello significa un fuerte cambio cultural. Las políticas del gobierno son, en el mejor de los casos, reactivas.

Es importante que el liderazgo plantee valores jerarquizados, visiones específicas, metas claras y medibles que marquen el rumbo correcto. La ausencia de todo ello, se refleja tanto en la duplicidad de programas y acciones como en la falta de continuidad de las políticas.

El principio democrático de definición de un problema, exige tomar también en consideración las satisfacciones e insatisfacciones previas a la formulación de políticas, de ahí la importancia de conocer la opinión de la población objetivo, *cliente*, de las políticas públicas.

Las metas tales como la de incrementar el promedio de escolaridad o la de cobertura universal de salud, si se ven de manera aislada, responden a la irremediable necesidad de resolver rezagos, pero no reflejan una visión para cambiar el futuro, que oriente, por ejemplo, el tipo de educación según las prioridades productivas o bien proponga medidas de salud física y financiera que promuevan una futura población senescente sana y autosuficiente que tenga cubiertas todas sus necesidades básicas.

Esta falta de orientación se ve con claridad al analizar el objetivo que plantea la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores vigente: el propósito es mejorar la vida de los adultos mayores. Así, no dice asegurar una vida con calidad. Mejorar es un término que se antoja relativo. Si el Gobierno otorga \$500.00 pesos mensuales, seguramente, como lo reflejan las consultas realizadas a los beneficiarios del Programa 70 y más, mejora su situación, pero eso no indica si es o no suficiente, o si es la alternativa más adecuada. Lo que sí es incuestionable es que la duración de la *mejora* es mientras siga la entrega del apoyo, en cambio, los apoyos que otorga Progresá/Oportunidades al

fomentar la educación y la salud de la familia, son una inversión que cambia la realidad de los niños de hoy y adultos del mañana, al repercutir en su productividad e ingreso, así como en su salud, futuros.

Desde la década de los años cincuenta, cuando se definió la política de seguridad social, la esperanza de vida media se ha incrementado de 47 a 75 años en la actualidad. Se estima que en el 2050 esta cifra se ubique en 85 años. Ello implica que si un ciudadano deja de laborar a los 65 años, en los siguientes 20 años para cubrir sus necesidades de salud, alimentación y vivienda, tendría tres opciones; contar con:

- a) un fondo de ahorro o de pensión;
- b) familiares con excedentes suficientes para cubrir sus necesidades durante este tiempo; y/o,
- c) que la sociedad, vía el pago de impuestos, se haga cargo de sus necesidades.

Estas opciones no son excluyentes y su posible existencia es la que determinará, en gran medida, que la población senescente tenga o no una vida digna. Esta realidad y el peso de cada uno de las opciones, son muy diferentes en las grandes ciudades, en las zonas rurales y en las rurales marginadas e incluso dentro de cada zona en función del nivel socio-económico de la persona y su familia.

Por su parte, la transición epidemiológica aumenta la probabilidad de que el creciente número de personas que lleguen a la tercera edad, vivan con enfermedades crónico-degenerativas, lo que se explica en gran parte por los hábitos que tuvieron en las etapas anteriores de su ciclo de vida, hábitos que son muy diferentes por área geográfica y nivel socio-económico.

Por el lado de la transición socio-económica, la rapidez con que se producen los cambios sociales, económicos y culturales: menor número de hijos, migración, creciente participación laboral femenina, junto con la falta de cultura de ahorro, ha contribuido a debilitar, y a menudo destruir, las redes familiares y comunitarias que en otras épocas habían servido de apoyo a la generación mayor. Hay una especie de co-dependencia entre ciudadanos y gobierno, donde el gobierno se adjudica la responsabilidad de cubrir las necesidades de quien menos tiene, a costa del ahorro de los futuros senescentes. Aunque la tendencia es generalizada a nivel nacional, dependiendo el área geográfica y el nivel-socioeconómico, todavía se aprecian notables diferencias.

Los hijos que hoy ayudan a sus padres, provienen de las generaciones de alta fecundidad, cuando el promedio de hijos por mujer superaba a los 6 hijos. Ahora, con la disminución de la fecundidad, un promedio de 2.1 hijos por mujer y la baja en el poder adquisitivo, el futuro apoyo generacional de hijos a padres será mucho menor, por lo que estos sistemas informales dejarán de ser una opción para el cada vez mayor número de personas envejecidas.

Para las familias, procurar física y económicamente a un anciano se puede volver una fuerte presión. Las condiciones económicas no permitirán disponer de un excedente para atender a una persona mayor que requiere vigilancia de tiempo completo, cuidados especiales y medicamentos caros. Ello se refleja en la mayor apertura a la posibilidad de vivir en residencias para ancianos y en la creciente oferta privada de los mismos.^{9/}

Si no se toman medidas efectivas, el futuro económico no garantizará la obtención de un ingreso que satisfaga las necesidades básicas de este grupo de la población, por ello más que hablar de un bono demográfico, se puede hablar de una ventana de oportunidad para actuar.

La búsqueda de alternativas viables para el bienestar de los futuros mayores de 60 años es una tarea pendiente. Se requiere de una política pública que parta de la realidad actual y que apoye y promueva cada etapa del ciclo que permita que cada ciudadano se responsabilice de prever la cobertura de sus requerimientos cuando alcance la tercera edad. La ley de Adultos Mayores señala que es obligación de las familias proveer los requerimientos de sus adultos mayores, sin embargo, en realidad, hoy en día no solo cada familia sino la sociedad en su conjunto, mediante el pago de impuestos, cubre el déficit en pensiones, los programas de transferencias y los albergues públicos, aún cuando todavía los senescentes son padres de los hijos nacidos en el boom demográfico.

1.1.1 Diagnóstico

Ausencia de liderazgo en las Políticas Públicas

No hay un liderazgo que plantee políticas públicas con una Visión consensuada y valores jerarquizados, que permita que todas las acciones y programas estén encaminados a lograr dicha Visión. En las políticas y programas públicos se requiere un doble liderazgo, uno que conlleve al facultamiento de los servidores públicos que ofrecen los bienes y servicios y, el segundo, al facultamiento de los ciudadanos.

La política debiera ser la sombrilla desde la cual se dan las orientaciones rectoras o directrices y los lineamientos generales a fin de que fueran desarrollados los objetivos a través de programas que, a la vez, se concretarán en proyectos y una serie ordenada de operaciones y actividades.

Sin embargo, hay una clara diferencia en las definiciones anglosajonas y las latinoamericanas. Así, según el diccionario inglés, una *política* es un curso o

^{9/}

Antes había una resistencia generalizada a los albergues, ello se refleja en la Recomendación No. 19 del Plan de Acción Internacional de Viena que decía que las políticas nacionales debían contribuir a que las personas de edad permanecieran en sus propios hogares, mientras fuera posible, mediante la restauración, el desarrollo y la mejora de sus viviendas y su adaptación a las posibilidades de acceso y de utilización por parte de las personas de edad.

En América Latina, las tasas de internamiento en hogares de ancianos varían entre 1% y 4%. De las encuestas y entrevistas, se concluye que el cuidado de las personas mayores en instituciones especializadas ya no se considera inadmisibles, sino que las familias lo empiezan a ver como una posible opción.

principio de acción, el *programa* una serie de medidas o actividades relacionadas entre sí para el logro de un objetivo particular de largo plazo, un *plan* una propuesta detallada para lograr algo y un *proyecto* es una empresa o una iniciativa cuidadosamente planeada y diseñada para lograr un objetivo particular. Por otro lado, en los idiomas latinos y en los usos político-administrativos, estos dos términos representan más bien convenciones terminológicas que realidades administrativas, jurídicas o políticas claramente diferenciadas. De modo que, al contrario de la concepción política anglosajona en donde los términos programa y proyecto tienen una existencia jurídica reconocida, en la actividad política operante en la mayoría de los países europeos y latinoamericanos, la ausencia de tal herramienta jurídica para el programa hace que, en la práctica, programa y política puedan ser confundidos.^{10/}

Sin embargo, es muy clara la necesidad que no se puede divorciar la definición de una política y la ejecución de la misma y si no se cuenta con la definición es predecible que se den múltiples programas, duplicidad de acciones y falta de logros duraderos.

En México, contamos con planes y proyectos, es decir, lo asociado a la ejecución, pero hay una ausencia de políticas públicas que sean el marco para orientarlos. A pesar de que hay un plan nacional de desarrollo, en este no se establecen las políticas públicas con su respectiva visión, valores jerarquizados y objetivos. Los directivos y operadores de los programas no saben en qué parte del engranaje figura su programa porque no hay tal definición. *Cada quien conoce su árbol y no así el bosque.*

Participación pública en la salud financiera de la futura población de la tercera edad. Por qué es un tema de Agenda Pública.

Debido a que las oportunidades de ganar acceso a la Agenda son limitadas, se requiere aprovechar las oportunidades cuando y donde se presenten.^{11/} Para ganar acceso a la agenda, la definición de un problema tiene que ser políticamente creíble y aceptable y debiera ser parte de una Visión consensuada, objetivos y metas ya definidos.

En su intervención en el Congreso Internacional de Envejecimiento llevado a cabo en México en 2004, la entonces Secretaria de Desarrollo Social, Josefina Vázquez Mota, señaló que tal como Adam Smith en el siglo XVIII hablaba de la mano invisible que gobierna las economías de mercado, que en el Siglo XXI se

^{10/} André-Nöel Roth ¿Política, programa o proyecto? Boletín Política Pública No. 8, Año 1. Departamento Nacional de Planeación Colombia, Septiembre de 2010.

^{11/} Elder, Charles y Roger W, Cobb. *Formación de la Agenda. El caso de la política de los ancianos* en Luis F. Aguilar Villanueva. Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. Colección Antologías de Política Pública. Tomo 3. México, 2000. Miguel Ángel Porrúa. Tercera Edición. Pag. 77.

podría hablar de la otra mano invisible que dirige el curso de las sociedades, la demografía del envejecimiento.^{12/}

Los programas y acciones actuales mitigan el problema pero no lo resuelven. Se requiere de una política pública que permita que los actuales jóvenes y adultos que son en su gran mayoría activos, tengan las opciones y los incentivos para asegurar su futura salud física y financiera. En materia de salud física, el cambio de hábitos tanto alimenticios como de ejercicio, resultan fundamentales mientras que en lo que respecta a la salud financiera, el consumo, el ahorro y la inversión a lo largo del ciclo de la vida, resultan indiscutibles.

Para dimensionar la relevancia del tema, en seguida se analiza el impacto en la población objetivo por las transiciones demográfica, epidemiológica, económica y social.

Transición demográfica:

Las grandes regiones del mundo están en etapas muy diferentes de la transición demográfica. Los extremos son África que tiene la más joven distribución por edad, con más de 40% de su población por debajo de los 15 años y menos de 5% por arriba de los 60. Europa está en el otro extremo con 16% por debajo de 15 años y 21% por arriba de los 60. En las regiones desarrolladas, en 2050 las personas mayores probablemente explicarán la mitad del denominador de dependencia, contra el 15% en 1950.^{13/}

Es importante destacar que mientras los países desarrollados envejecieron gradualmente durante todo un siglo; los países en desarrollo envejecerán en menos de 30 años. Además, el mundo desarrollado era rico cuando envejeció, los países de América Latina y el Caribe envejecerán siendo pobres. Este proceso de envejecimiento acentúa las inequidades socioeconómicas y de género presentes.^{14/}

México se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica y poco a poco se aproxima al final de ese proceso. El perfil demográfico del México actual recoge el impacto de la modernización social y del desarrollo económico, pero también muestra las huellas de la desigualdad, la pobreza y la exclusión.^{15/}

^{12/} Vázquez Mota, Josefina. Intervención en el Marco del *Congreso Internacional. El Reto del Envejecimiento. 25 años de Atención Gerontológica en México, 1979-2004*. Mimeo. México, 2004.

^{13/} Saad, Paulo. *United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division; Naciones Unidas. México, 2005.

^{14/} Los conocidos como baby boomers o la generación nacida en Estados Unidos entre 1946 y 1964, representan uno de cada tres adultos en ese país y serán el grupo de mayor crecimiento en las próximas décadas. Es una generación con un importante poder adquisitivo dado que su ingreso anual promedio se ubica en el rango de los 75 mil dólares, mientras que el ingreso promedio de Estados Unidos es de 46 mil dólares.

^{15/} CONAPO. *Informe de México: El Cambio Demográfico, el Envejecimiento y la Migración Internacional en México*. Comité Especial sobre Población y Desarrollo. XXXII Periodo de Sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santo Domingo, Rep. Dominicana. Junio, 2008. Página 2.

Las condiciones demográficas del envejecimiento para los próximos 30 años ya están dadas, las variaciones en la mortalidad, en la fecundidad y en la migración ya se reflejan en la actual población de entre 30 y 50 años de edad.

El inicio del descenso de la mortalidad a principios de los años treinta se debió, por una parte, al mejoramiento en las condiciones sanitarias, y por la otra, a los avances en materia de salud para el control y prevención de enfermedades transmisibles. Al disminuir la mortalidad con la celeridad con que se dio, la tasa bruta de mortalidad pasó de 23 a 14 por cada mil habitantes en un par de décadas; hubo un crecimiento poblacional sin precedente histórico, con tasas anuales de hasta 3.5% en la etapa de máximo crecimiento demográfico. Por su parte la tasa global de fecundidad (TGF) alcanzó 7.3 hijos por mujer en 1960. A finales de la década de los años sesenta inició una disminución en los niveles de fecundidad hasta llegar a una TGF de 2.1 hijos por mujer en 2010.^{16/}

Cuadro 1
Evolución de la Fecundidad, 1940-2050
(Hijos promedio por mujer en edad fértil)

AÑO	TASA BRUTA DE REPRODUCCIÓN */	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD **/	TASA BRUTA DE NATALIDAD ***/
1940	2.8	5.7	48.1
1950	2.9	5.9	43.9
1960	3.6	7.3	45.1
1970	3.2	6.5	43.1
1980	2.1	4.4	32.3
1990	1.6	3.3	24.9
2000	1.2	2.4	21.7
2010	0.8	2.1	17.8
2020	0.6	1.9	15.7
2030	0.3	1.8	13.6
2040	0.03	1.8	11.9
2050	-0.20	1.8	11.1

- */ Número de hijas promedio que tendría una mujer si se ajusta a las tasas de fecundidad por edad específica.
- **/ Número de hijas e hijos que tendría una mujer si se ajusta a las tasas de fecundidad por edad específica.
- ***/ Número de nacimientos por cada 1000 habitantes en un año.

Fuente: Partida Bush, Virgilio. *Proyecciones de la Población de México 2005-2050*. Conapo, 2006.

Una de las consecuencias más trascendentes de la transición demográfica es el cambio en la composición de la estructura por edades de la población. Este proceso implica el envejecimiento relativo de la población.

La población infantil (0 a 14 años) comenzó a decrecer a partir del año 2000; entre ese año y 2050, se espera que disminuya de 33.6 a 20.5 millones. Los jóvenes (15 a 24 años) iniciarán esta transición a partir de 2011, se estima que entre 2010 y 2050 este grupo pasará de 20.2 a 14.1 millones. Los adultos (25 a 64 años), que suman 48.2 millones, continuarán creciendo hasta la cuarta

^{16/} Partida Bush, Virgilio. *Proyecciones de la Población de México 2005-2050*. CONAPO, 2006.

década del presente siglo cuando alcancen su máximo de 65.2 millones. El grupo de adultos mayores (65 años y más) tendrá el crecimiento más alto en la primera mitad del siglo XXI.

La población adulta mayor incrementa su tamaño al doble del ritmo al que lo hace la población total del país. El aumento en el número y proporción de mayores de 60 años y el constante descenso en el número de niños hacen del proceso de envejecimiento un fenómeno irreversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más a partir de 2020. Esto se reflejará en el fuerte aumento de las proporciones de adultos mayores en las próximas décadas.

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, hoy día 9 de cada 100 mexicanos tienen 60 ó más años, en 2050 este porcentaje se habrá más que triplicado al alcanzar un 27.7%. Por la heterogeneidad de la población de 60 años y más, resulta relevante el detalle de lo que sucederá al interior del grupo de 60 y más años.

Cuadro 2
Proyecciones de la Población de México, 2005-2050
(% del Total)

RANGOS DE EDAD	2005	2010	2015	2020	2030	2040	2050
0-14	31.3	28.1	25.2	23.2	20.8	18.5	16.8
15-24	19.2	18.7	18.0	16.6	13.6	12.6	11.6
25 a 59	41.9	44.5	46.7	48.1	48.5	46.3	43.9
60 a 69	4.3	4.9	5.7	6.9	9.6	11.3	12.4
70 a 79	2.3	2.6	3.0	3.5	5.2	7.6	9.4
80 y más	1.1	1.2	1.4	1.6	2.3	3.7	5.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado con base a los datos reportado por Conapo en Proyecciones de la Población de México 2005-2050.

La vida media de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de 36 años en 1950 a 74 en 2000. Se espera que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar 80 años en 2050, un nivel similar al de Japón, el país con la mayor esperanza de vida en el mundo.

Investigadores aseguran que el proceso de envejecimiento demográfico trajo consigo una ventana de oportunidad en la que se presentan las condiciones demográficas más favorables para el desarrollo, debido al aumento de la población en edad laboral y a la reducción de la población menor de quince años, al tiempo que la población adulta mayor todavía mantiene un peso relativamente pequeño. Las ventajas que ofrece esta situación serían mayores durante el período 2005-2030, cuando el índice de dependencia (suma de la población menor de 15 y mayor de 60 años dividida por la población de 15 a 59 años) sería menor a 60 personas dependientes por cada 100 en edad

laboral.^{17/} Sin embargo, hay otros estudios que cuestionan esa posibilidad por la incapacidad de la economía de generar empleos formales, lo que parece confirmarse ya que en los últimos años la situación económica, no ha permitido aprovechar esa ventana de oportunidad.

Más de la mitad de los hombres y una cuarta parte de las mujeres anualmente dejan un empleo con seguridad social para ocuparse en uno que no tiene. La proporción alcanza más de 80% en los hombres al inicio de la vida laboral y en las primeras edades de retiro (65-74 años) y en las mujeres en el grupo 70-74 años. En cambio, la probabilidad de que un varón o una mujer dejen una ocupación donde no cotiza a una en que sí lo hace es menor a 50%.^{18/}

Cuadro 3

Distribución porcentual de la población derechohabiente^{1/} de 60 años y más según institución por grupos quinquenales de edad, 2004

Grupos quinquenales de edad	Total	IMSS	ISSSTE ^{2/}	Otras Instituciones Públicas ^{3/}	Instituciones Privadas ^{4/}
Total	100.0	75.4	17.6	5.5	1.5
60 a 64 años	100.0	75.6	17.4	5.6	1.4
65 a 69 años	100.0	77.3	15.5	5.5	1.7
70 a 74 años	100.0	75.2	18.8	4.9	1.1
75 a 79 años	100.0	73.2	18.5	7.2	1.1
80 a 84 años	100.0	72.3	20.6	4.4	2.7
85 años y más	100.0	75.5	18.7	5.2	0.6

^{1/} Incluye a las personas que tienen derecho-habienencia en más de una institución, clasificadas de acuerdo con la declarada en primer término.

^{2/} Incluye ISSSTE federal y estatales.

^{3/} Incluye PEMEX, SDN, SM y Seguro Popular.

^{4/} Incluye a la población que adquirió el derecho a prestaciones y servicios médicos en instituciones privadas contratadas por el empleador o en forma personal mediante prepago.

Fuente: Los Adultos Mayores en México. Perfil Socio demográfico al Inicio del Siglo XXI. Edición 2005. INEGI. Pág. 36

^{17/} Zúñiga, Elena y Daniel Vega. *Envejecimiento de la Población en México. Reto del Siglo XXI*. Conapo, 2004. pág. 22

^{18/} *Ibíd.*

Cuadro 4

Distribución porcentual de la población ocupada según condición de aseguramiento, 2004

SEXO Y GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN OCUPADA	ASEGURADA	NO ASEGURADA
Total	100.0	34.9	65.1
12 a 14 años	100.0	0.2	99.8
15 a 29 años	100.0	35.2	64.8
30 a 59 años	100.0	39.3	60.7
60 años y más	100.0	12.4	87.6
Hombres	100.0	34.3	65.7
12 a 14 años	100.0	0.1	99.9
15 a 29 años	100.0	33.2	66.8
30 a 59 años	100.0	39.7	60.3
60 años y más	100.0	13.9	86.1
Mujeres	100.0	36.1	63.9
12 a 14 años	100.0	0.6	99.4
15 a 29 años	100.0	38.8	61.2
30 a 59 años	100.0	38.7	61.3
60 años y más	100.0	8.8	91.2

Fuente: Los Adultos Mayores en México. Perfil Socio demográfico al Inicio del Siglo XXI. Edición 2005. INEGI. Pág. 37

Expertos de CONAPO señalaron en la reunión sobre las implicaciones de los cambios en la estructura de edades (2005), que en las últimas tres décadas aumentó de 16 a 23 años el tiempo de vida de las mujeres con al menos uno de sus padres sobrevivientes, e incluso cuatro de cada diez llegan a su vejez teniendo a su madre con vida. Los adultos del mañana no sólo tendrán que hacer frente por períodos más prolongados a las responsabilidades que significan la atención de sus padres durante la vejez, sino que tendrán que hacerlo con un menor número de hermanos con quienes compartir la responsabilidad de su cuidado como resultado del descenso de la fecundidad. La tendencia a una mayor participación femenina en el mercado laboral, la mayor movilidad territorial de las personas y la migración, contribuyen a dificultar el cumplimiento de estas tareas y a incrementar los riesgos y la vulnerabilidad de los adultos mayores.^{19/}

La mayoría de los adultos mayores (54.8%) vive en el medio urbano; pero la población de las localidades no urbanas está más envejecida. Todas las entidades federativas del país experimentarán el envejecimiento de su población, aunque con ritmos distintos y a medida que avanza el proceso de envejecimiento se harán más pronunciadas las diferencias. Así, en 2030 solo

^{19/}

CONAPO. Reunión de Expertos sobre las Implicaciones Sociales y Económicas de los Cambios en la Estructura por Edad de la Población. CONAPO. México, 2005.

tres entidades tendrán una proporción de adultos mayores menor a 15%, y en dos entidades –Veracruz y Distrito Federal- el porcentaje será superior al 20%.

Transición Epidemiológica:

Tres cambios principales caracterizan a la transición epidemiológica:

- a) estructura por edades de la mortalidad;
- b) principales causas de muerte; y,
- c) peso relativo de la morbilidad con respecto de la mortalidad.

Los factores que influyen en el comportamiento y en la salud de los individuos son muy diversos: género, edad, escolaridad, ocupación, medio ambiente, estilos de vida, situación de pareja, nivel socioeconómico, creencias personales, expectativas de vida, entre otros.

El proceso patológico que conlleva a condiciones de morbilidad crónica, incapacidad y a la muerte, es muy común que se haya generado en edades tempranas y no se manifieste sino hasta la vejez.

México experimenta una transición epidemiológica que en materia de salud se caracteriza por el reto de atender tanto los padecimientos crónicos y los problemas de salud asociados con el envejecimiento; como los rezagos en salud propios del subdesarrollo. El rezago en salud que afecta a los pobres está caracterizado por enfermedades infecciosas, de reproducción así como de la nutrición. En este rubro, la falta de esquemas preventivos en las etapas previas al envejecimiento, los ubica como personas con riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas cuando son adultos mayores.

Dentro de estos dos desafíos se sitúan los problemas de mala nutrición tanto por deficiencia como por exceso. Mientras que el desmedro y la anemia siguen causando estragos en la población más pobre, cerca de 14 millones de mexicanos mal alimentados, se vuelven cada vez más frecuentes el sobrepeso y la obesidad, y los padecimientos crónicos a ellos asociados. Aproximadamente 30% de la población objetivo presenta desnutrición y 15% obesidad.^{20/}

A nivel global se ha calculado que el costo per cápita en salud para personas de más de 65 años es entre 2.5 y 5 veces superior al de la población joven, lo que se atribuye en gran proporción al incremento en el uso de servicios de salud más complejos y al mayor consumo de medicamentos para responder a las complicaciones de enfermedades crónicas y discapacitantes o inhabilitadoras de la población anciana. Sin embargo, se ha identificado que una vez que las condiciones de salud se han tomado en cuenta, la mayor edad no es un factor asociado con mayor uso de servicios de salud.^{21/}

^{20/} Declaraciones del C. Presidente de la República, Felipe Calderón, el Día Mundial de la Alimentación, 16 de octubre 2008.

^{21/} Mahal A. y Berman P. *Health Expenditures and the Elderly: A survey of Issues in Forecasting, Methods Used, and Relevante for Developing Countries*. Research Paper No. 01.23 USA: Harvard Burden of Disease Unit. 2001.

Conforme los resultados que arroja el Estudio Nacional Sobre el Envejecimiento en México, ENASEM, los principales padecimientos de la población de la tercera edad son hipertensión; fracturas; artritis; y diabetes. Como se aprecia en el Cuadro 5, en la mayoría de los casos, las mujeres presentan una incidencia más alta y a mayor edad mayor prevalencia de enfermedad. En algunos casos como hipertensión, diabetes y cáncer, el menor porcentaje en el grupo de 80 y más, se pudiera explicar porque la gente que alcanza dichas edades es debido a que no padece tales enfermedades, ya que, por ejemplo, en el caso de la diabetes, la pérdida de años de vida es de 10 años.

Cuadro 5

Factores de Morbilidad por Rango de Edad

Por rango de edad	Hipertensión	Diabetes	Cáncer	Enfermedades Pulmonares	Corazón	Embolia	Artritis	Caídas	Fracturas
Menores de 60									
Total	31.6	15.2	0.5	3.2	1.6	0.8	13.5	31.8	12.6
Hombres	24.3	14.8	0.1	3.0	1.6	0.5	9.6	23.7	14.1
Mujeres	35.9	15.4	0.8	3.4	1.6	0.9	15.8	36.5	11.7
De 60 a 69									
Total	37.8	18.4	0.7	4.7	2.1	0.9	18.7	36.5	19.7
Hombres	29.5	16.3	0.8	3.9	1.9	1.0	13.2	26.5	16.6
Mujeres	44.8	20.1	0.6	5.4	2.2	0.9	23.3	45.0	21.5
De 70 a 79									
Total	40.4	16.9	1.2	5.9	3.4	2.4	23.2	41.5	23.7
Hombres	32.2	14.9	1.0	6.4	3.4	2.4	17.8	32.2	22.0
Mujeres	48.0	18.6	1.4	5.3	3.5	2.3	28.1	50.0	24.8
De 80 y más									
Total	37.6	12.0	1.1	7.6	3.8	2.3	24.9	49.9	26.6

Fuente: Elaborado con base a la consulta de información de los resultados del ENASEM.

Discapacidad y cuidados de largo plazo

Hasta hace poco, las evaluaciones de las condiciones de salud de una población se basaban exclusivamente en los datos de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, una cantidad importante de los daños a la salud no se traducen en enfermedad o muerte sino en discapacidad. El desgaste biológico del cuerpo humano, el mayor tiempo de exposición a lesiones o enfermedades y el resultado de una vida de trabajo, de estrés, de hábitos alimenticios inadecuados, son factores que inciden en el aumento de personas con discapacidad conforme se incrementa la edad.

La prevalencia de la limitación funcional se incrementa gradualmente a partir de los 45 años, pero alcanza niveles sustanciales a partir de los 70 años de edad. El 1.6% de la población infantil de 0 a 14 años presenta algún tipo de discapacidad; porcentaje que es muy similar al de la población joven de 15 a 29 años (1.9%); entre los adultos de 30 a 59 años el porcentaje es cercano a 5%, mientras que entre la población de 60 a 84 años, 1 de cada 4 tiene alguna condición física o mental que no le permite desarrollar sus actividades habituales. Una de cada dos personas de 85 años o más, presenta alguna limitación o deficiencia física o mental. Destaca que en todas las edades la proporción de personas con discapacidad es ligeramente mayor entre la

población femenina, sobre todo en el grupo de mayor edad, lo que refleja la mayor sobrevivencia femenina.^{22/}

En relación con el estado funcional datos del ENASEM arrojan que la actividad que presentó mayor problema en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) fue caminar, 15% en la población de 70 a 79 años, alcanzando 29.5 para los mayores de 80 años; y en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) ir de compras alcanzando estos porcentajes 9.5% y 24.7% en dichos rangos de edad, seguida por la de preparar alimentos.

Cuadro 6
Actividades Básicas de la Vida Diaria por Rango de Edad

Por rango de edad	Caminar			Bañarse			Comer			Ir a la cama			Ir al baño		
	% con problema	Ayuda		% con problema	Ayuda		% con problema	Ayuda		% con problema	Ayuda		% con problema	Ayuda	
		Conyugue	Otra												
Menores de 60															
Total	4.4	27.9	26.1	2.2	42.9	35.7	1.3	42.4	42.4	3.1	27.8	22.8	3.1	27.8	22.8
Hombres	4.7	39.5	23.7	2.7	59.1	31.8	1.6	76.9	30.8	3.6	34.5	24.1	3.6	34.5	24.1
Mujeres	4.3	21.9	27.4	2.0	32.4	38.2	1.2	20.0	50.0	2.9	24.0	22.0	2.9	24.0	22.0
De 60 a 69															
Total	7.2	31.7	39.1	4.6	37.3	40.2	2.1	50.0	63.0	4.8	29.9	29.9	4.8	29.9	29.9
Hombres	6.8	49.2	22.0	4.6	60.0	20.0	1.8	75.0	43.8	4.4	55.3	18.4	4.4	55.3	18.4
Mujeres	7.5	21.6	49.0	4.6	22.6	53.2	2.2	36.7	73.3	5.1	15.9	36.2	5.1	15.9	36.2
De 70 a 79															
Total	14.9	31.3	42.1	8.7	38.0	54.0	5.4	40.5	58.3	9.3	33.8	41.4	9.3	33.8	41.4
Hombres	14.3	40.9	30.1	8.9	55.2	39.7	5.9	57.9	39.5	7.9	54.9	31.4	7.9	54.9	31.4
Mujeres	15.3	25.0	50.0	8.6	25.3	64.6	5.0	26.1	73.9	10.3	22.3	46.8	10.3	22.3	46.8
De 80 y más															
Total	29.5	17.6	62.4	25.7	18.3	76.1	12.0	21.0	75.0	18.2	19.7	75.0	18.2	19.7	75.0

Fuente: Elaborado con base a la consulta de información de los resultados del ENASEM

De los sujetos que tienen dependencia funcional en ABVD, 6% presentaba grado severo, 4% un grado moderado y 14% un grado leve. De los dependientes en AIVD, 12.5% presenta dependencia severa y 10.5%, dependencia leve. La actividad básica más afectada fue la incontinencia urinaria, seguida de las incapacidades de vestirse y de desplazarse.^{23/}

22/
23/

INEGI. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. México, 2011.
Barrantes-Monge, Melba, Emilio José García Mayo, Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Alejandro Miguel Jaimes. *Dependencia Funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos*. CONACYT México, 2007. Pág. 18

Cuadro 7

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Rango de Edad	<i>Preparar comida</i>	<i>hacer compras</i>	<i>Tomar medicamentos</i>	Manejo
Menores de 60				
Total	1.1	2.5	0.5	0.5
Hombres	0.8	1.2	0.4	0.4
Mujeres	1.2	3.2	0.6	0.6
De 60 a 69				
Total	2.4	4.0	1.4	1.1
Hombres	1.7	2.2	1.0	0.8
Mujeres	2.9	5.6	1.7	1.4
De 70 a 79				
Total	5.8	9.5	3.2	3.3
Hombres	4.3	5.0	2.5	2.7
Mujeres	7.0	13.6	3.9	3.9
De 80 y más				
Total	17.8	24.7	11.1	11.0

Fuente: Elaborado con base a la consulta de información de los resultados del ENASEM.

Existen avances respecto a la identificación de las enfermedades que provocan discapacidad. La evidencia muestra que, aunque las enfermedades infecciosas y parasitarias (transmisibles) y las lesiones no intencionales son algunas de las causas más importantes de discapacidad, los cambios en el proceso epidemiológico están convirtiendo a las enfermedades no transmisibles (neuropsiquiátricas, órganos sensoriales, respiratorias, músculo esqueléticas, digestivas y cardiovasculares) en la principal causa de discapacidad. Al identificar estas causas se cuenta con más elementos para elaborar programas y políticas de salud pública para la prevención, especialmente antes de que el proceso de envejecimiento alcance una etapa más avanzada.

Las consecuencias de la discapacidad van más allá de la dependencia física, pues afecta al individuo, a la familia y al grupo social. Cuando la discapacidad ocurre, sea como consecuencia de una lesión, enfermedad o del mismo proceso de envejecimiento, la vida del adulto mayor y su grupo familiar se altera; por lo general otro miembro de la familia debe proveerlo de ayuda material y humana convirtiéndose en lo que suele llamarse el cuidador. En la mayoría de los casos la pareja o una hija son quienes asumen su atención en la vida cotidiana.

Como se puede observar en el **Cuadro 8**, la tasa de participación económica entre los adultos mayores que no tienen discapacidad llega a ser de 30.9%, 17.5 puntos porcentuales más respecto a los que sí la presentan. Esta diferencia alcanza casi 30 puntos para los hombres y 7 para las mujeres y es mayor en los rangos de menor de edad.

La situación en la ocupación de la población de 60 años o más con discapacidad muestra una distribución muy parecida a la de los adultos mayores ocupados en su conjunto; sin embargo, presenta diferencias que se relacionan con su mayor limitación para insertarse en un empleo formal: hay

una proporción más alta de trabajadores por cuenta propia (50.4%) y de trabajo sin pago en algún negocio familiar (9.2%), respecto a la población de 60 años o más ocupada que no reporta limitaciones físicas o mentales.

Cuadro 8

Tasa de participación económica de la población de 60 años y más por condición de discapacidad y grupos quinquenales de edad según sexo, 2000

CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Con discapacidad	13.4	22.0	5.7
60 a 64 años	25.3	37.6	12.0
65 a 69 años	19.5	30.2	8.9
70 a 74 años	15.2	24.2	6.5
75 a 79 años	11.2	18.3	4.6
80 a 84 años	7.3	12.7	3.0
85 años y más	3.7	6.8	1.6
Sin discapacidad	30.9	51.9	12.5
60 a 64 años	40.6	66.6	17.3
65 a 69 años	33.1	55.6	13.3
70 a 74 años	27.1	46.0	10.3
75 a 79 años	22.0	37.5	8.0
80 a 84 años	15.5	27.6	5.5
85 años y más	10.8	19.4	4.3

Fuente: Los Adultos Mayores en México. Perfil Socio demográfico al Inicio del Siglo XXI. Edición 2005. INEGI. Pág. 47

De acuerdo con lo anterior, en general, se puede afirmar que la población de 60 años o más ocupada que presenta una discapacidad, trabaja 7.8% menos tiempo respecto a los adultos mayores que no la presentan, no obstante, por ello reciben ingresos 27.8% menores.

Además de los costos de vida y las necesidades médicas, los adultos requieren de ayuda para llevar a cabo sus actividades diarias como bañarse y cocinar. Estos cuidados permanentes, se denominan cuidados de largo plazo (CLP).

Los CLP son una serie de servicios diseñados para las personas que no son completamente capaces –sobre una base de largo plazo- del cuidado a sí mismos. Los servicios se enfocan en minimizar, restaurar o compensar la pérdida del funcionamiento físico o mental independiente. Incluye ayuda para realizar las actividades fundamentales de la vida diaria (AFVD, a veces llamadas las actividades de la vida diaria),^{24/} y actividades instrumentales de la

^{24/}

AFVD generalmente se refiere a las actividades de auto cuidado que una persona debe realizar diariamente como comer, vestirse, bañarse, ir de la cama o al sillón, usar el inodoro, y controlar la vejiga y los intestinos. AIVD se refieren a actividades que permiten a la persona vivir independientemente en una casa o departamento, tales como preparar alimentos, realizar labores domésticas, tomar medicinas, tomar recados, administrar el dinero y usar el teléfono.

vida diaria (AIVD). CLP no incluye la prevención, el tratamiento de enfermedades crónicas, la rehabilitación y el cuidado agudo en general, pero incluye los esfuerzos de asegurar a la población el acceso a los cuidados de largo plazo para casos agudos y crónicos, y para prevenir el deterioro de la capacidad funcional del discapacitado, promoviendo formas de vida apropiadas y cuidado preventivo para mantener la capacidad funcional y la interacción social.^{25/}

La creciente necesidad de políticas de CLP se asocia generalmente a los países industrializados. Por ejemplo, en Estados Unidos más del 25% de los mayores de 65 años necesitan algún tipo de CLP. Las necesidades de CLP están aumentando en el mundo en vías de desarrollo a una tasa que excede por mucho lo experimentado por los países industrializados. Se espera que a finales de 2050, 21.2 millones de personas de América Latina y los países del Caribe, ALC, requerirán CLP. En términos del porcentaje de la población, podemos ver que es aproximadamente entre el 15% y 20% de los adultos mayores de 60 años que estará en la necesidad de CLP. Dentro de este grupo es importante mencionar a Colombia, Guatemala, El Salvador, Brasil y México en los cuales la población adulta discapacitada crecerá a tasas más altas.^{26/}

El cuidado informal es en gran medida el cuidado más importante de los países en vías de desarrollo. Entre un 65% y un 92% de los adultos con necesidades de CLP en los países en vías de desarrollo, recibe cuidado informal para AIVD y entre el 26% y 52% recibe cuidado informal para AFVD.

Hay evidencia que tanto en países desarrollados como en desarrollo, los miembros familiares continúan previendo asistencia, aún en los casos en que hay asistencia formal disponible, y las personas mayores necesitadas se ven beneficiadas de tener ambos tipos de asistencia. Se debe dar especial atención a la integración social y apoyo para gente mayor que no puede contar con apoyo familiar, en particular aquellos sin hijos, los que van a ir cobrando importancia tras la persistente baja en la fertilidad.

Con excepción de algunos casos como Costa Rica, Cuba y Brasil, no existen en los países de ALC programas públicos especiales del cuidado formal basado en el hogar, pero también en los casos que si existen los programas, estos son más relacionados a la salud que a los CLP. Muchos otros países proporcionan algunos servicios comunitarios a los adultos, pero generalmente relacionados con actividades sociales y no con los CLP.

Con respecto al cuidado informal, es muy importante saber quién lo está proporcionando: los miembros de los hogares (o familiares) o miembros de la comunidad, y si el cuidado es proporcionado por los primeros, hay que entender qué miembros están proporcionando el cuidado. Este conocimiento es muy importante en términos de política pública; por ejemplo, si otro adulto mayor es el responsable principal de los CLP, las iniciativas de políticas públicas deben estar enfocadas en ayudar a esta persona para mantener su estado de salud, pero si un miembro de la familia en edad de trabajar proporciona los CLP, estas políticas se deben enfocar en encontrar la manera

^{25/} “Cuidados de Largo Plazo y Bienestar de los Adultos Mayores en las Américas. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México, 2005.

^{26/} *Ibid*

para que estas personas puedan combinar su trabajo y las responsabilidades como cuidadores.

En México de los adultos que reciben servicios informales de CLP, el 19.8% es por parte del cónyuge, 62.3% del hijo o hija, 9.7% de nietos, 16.8% de hijastros, 9.7% de otro familiar y 2.2% de no familiares.^{27/} Comparando con otros países sobresale el hecho que en Barbados el 19.7% es por no familiares y en Uruguay el 14.9%.^{28/}

En España, la Ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia entró en vigor en 2007, se calcula que hasta 2015 se incorporarán todos los dependientes (80% son mayores de 65 años), garantizándoles el acceso a los servicios sociales en función del grado y nivel de dependencia: ayuda a domicilio, tele asistencia, centro de día y de noche; plazas residenciales y ayudas técnicas. La ley también prevé prestaciones económicas al cuidador familiar (además de su registro en la Seguridad Social) y la contratación de un asistente personal. De 2007 a 2015, se estima que el presupuesto destinado al apoyo de discapacitados va a pasar del 0.3% del PIB al 1%.^{29/}

Transición económica y social:

En México, conforme a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, les corresponde a los integrantes de la familia velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, y proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral.

Es cada vez más frecuente que las personas alcancen las edades avanzadas con alguno de sus padres aún vivo. Esto significa que un número creciente de adultos mayores deberán no sólo enfrentar los retos de su edad, sino también brindar cuidados a sus padres en edades muy avanzadas, con su consecuente impacto económico.^{30/}

Pobreza:

La pobreza en la población de la tercera edad en México es excepcionalmente alta aun en el contexto de América Latina. Así, la tasa de pobreza en la población mayor de 65 años es 70% superior a la tasa de pobreza para el total de la población, la diferencia más amplia entre 8 países considerados en el estudio del Banco Mundial, señala que en contraste con Brasil, donde se implementa una pensión básica con una cobertura rural amplia, la tasa de pobreza en la tercera edad es 25% menor a la tasa nacional. En México hay

^{27/} Estos cuidadores no son excluyentes, por ello suman más que 100%.

^{28/} Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. *Mercado Laboral y Seguridad Social en una Sociedad que Envejece*. Capítulo 1 del Informe Sobre la Seguridad Social en América de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México, 2005.

^{29/} Nogueira, Caro y Ana Alfageme. *Las personas dependientes tendrán derecho a recibir atención pública a partir de 2007*. España, abril 2006.

^{30/} Zúñiga, Elena y Vega, Daniel. *Envejecimiento de la Población de México. Reto del Siglo XXI*. Secretaría de Gobernación. Conapo. México noviembre de 2004.

más de 3.6 millones de personas mayores de 70 años, de los cuales alrededor de dos terceras partes, 2.2 millones, viven en pobreza extrema patrimonial.^{31/}

El diagnóstico realizado por el INEGI y Oportunidades en 2006 a alrededor de 2 mil adultos mayores en zonas rurales permite conocer las condiciones de vida y bienestar de los adultos mayores que viven en pobreza. Los resultados de esa encuesta arrojan que en el 20% de los hogares los adultos mayores viven solos, en 21% de los hogares, vive el adulto mayor con su cónyuge y en el 59% vive con otros familiares. La edad promedio de los mayores de edad encuestados, fue de 79 años; 64% carece de educación formal; 70% de las mujeres son analfabetas vs. el 50% de los hombres; respecto a los datos de fecundidad, el número promedio de hijos que nacieron vivos es de 7.6 y el número promedio de hijos que vive actualmente es de 6.2 hijos; 27% de los adultos mayores trabaja: 46% de los hombres y 13% de las mujeres. El 52% de los que no trabaja tiene alguna discapacidad permanente que no les permite trabajar, es decir el 38% del total. Dedican una importante parte del tiempo a descansar, dormir, ver la televisión, escuchar la radio, las mujeres desarrollan alguna que otra manualidad y muchas de ellas frecuentan la iglesia.^{32/}

Educación:

Si bien en México se han logrado incrementos sustantivos en el nivel educativo de la población, los adultos mayores son depositarios de los rezagos acumulados por décadas, lo que los ubica en una situación de desventaja con respecto a otros grupos de edad. Así, entre las personas en el rango de 15 a 19 años de edad, la tasa de analfabetismo apenas alcanza 3.0%; mientras que el 30.1% de los adultos mayores es analfabeta. Las inequidades de género en el analfabetismo son mayores en los adultos mayores: en los hombres el analfabetismo asciende a 24.0% en tanto que en las mujeres, supera el 35.0%.

Familias, arreglos residenciales e ingresos:

A pesar de que los adultos mayores pueden recibir ingreso de distintas fuentes, la laboral constituye la fuente de ingreso más importante en México. Otras fuentes importantes de ingreso para los adultos mayores son los programas sociales, los ahorros individuales y las transferencias familiares. Hasta la primera parte del siglo XX, el mecanismo para financiar el consumo de los adultos mayores habían sido las redes familiares.

En la sociedad actual, donde la mujer participa cada vez más activamente en el mercado de trabajo y dispone de menos tiempo para atender a sus hijos y ancianos. Los llamados años de sobrecarga, de ser hija y madre a la vez, aumentan de 3 a 6 años para las nuevas cohortes. Es decir, hay una etapa de la vida de la mujer en que debe de asumir por 6 años la doble responsabilidad

^{31/} Banco Mundial. Keeping the Promise of Old Income Security in Latin America is Incomplete, (2004). Citado en Scott, John. “¿Sería factible eliminar la pobreza en la tercera edad en el ámbito nacional por medio de una pensión básica universal? México, 2006

^{32/} Los Adultos Mayores en México. Perfil Socio-demográfico al Inicio del Siglo XXI. Edición 2005. INEGI

de cuidar a sus hijos y a sus padres, a pesar de haber optado anteriormente por disminuir su tiempo de cuidado como madre.^{33/}

La migración repercute en la integración de las familias. Hasta hace un par de décadas era muy común encontrar en México familias ampliadas, es decir, donde vivían en un mismo hogar tres generaciones: los padres, sus hijos y nietos, sin embargo, la migración entre ciudades o incluso entre países provoca que menos familias vivan en esas condiciones. Ha habido descensos dramáticos en el porcentaje de los niños que residen con los dos padres, hay un aumento leve de las personas que viven en hogares de familia extendida ya que estos niños y sus madres tienden a ser absorbidos por los hogares de otros miembros de la familia. En promedio, más de la mitad de la población total reside actualmente en un hogar de familia extendida.^{34/}

Según los resultados de la muestra del Censo del año 2000, en promedio, los hogares con adultos mayores tuvieron un ingreso monetario mensual de poco menos de 5 mil pesos, de los cuales 73% se refieren a las remuneraciones que por trabajo recibieron algunos de sus miembros, y el resto a pensiones, ayuda de familiares, transferencias del Estado, becas, rentas e intereses bancarios. En general, tres cuartas partes del ingreso por trabajo de los hogares con adultos mayores proviene de la persona que lo encabeza, quien labora en promedio 42.6 horas y tiene un ingreso mensual promedio de 2,741 pesos.

De acuerdo con el tipo de ocupación y tiempo laborado, los ingresos por trabajo de los jefes del hogar muestran diferencias donde, en general, los jefes de 60 años o más reciben menores ingresos por ocupaciones similares. Las personas de 60 años o más que encabezan su hogar trabajan en proporción solo 11.5% menos tiempo que los jefes de 59 años o menos; sin embargo, reciben un ingreso 40.4% menor.

Las únicas ocupaciones en donde la remuneración por trabajo es mayor entre los jefes de los hogares con 60 años o más, son las actividades profesionales, con una diferencia que es 27.1%, más alta; también se encuentran los operadores de maquinaria fija y los trabajadores de la educación que muestran diferencias de 25.7 y 2.6%, respectivamente.

Como parte de sus prestaciones laborales, cuatro de cada diez jefes del hogar de 60 años o más que se insertan en el mercado laboral, reciben servicios médicos; entre los jefes del hogar con menos de 60 años, la proporción aumenta a seis de cada diez (59.9%). La prestación de servicios médicos es de vital importancia dada la precariedad económica que experimentan los adultos mayores, pues en muchas ocasiones hace improbable costear un tratamiento eficiente ante posibles enfermedades.

Del total de hogares con adultos mayores, 57.3% tiene al menos un miembro que cuenta con derecho a la seguridad social, este porcentaje se reduce a 49.6% cuando el derechohabiente tiene 60 años o más. Los hogares dirigidos por una persona menor de 60 años tienen, en general, una mejor cobertura de

^{33/} Gomes de Conceição, María Cristina. *El proceso de envejecimiento poblacional y el curso de la vida*. Conapo. México, 1998.

^{34/} BID 2000, Citado en *Cuidados de Largo Plazo y el Bienestar de los Adultos Mayores en las Américas*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2005. pp.66.

seguridad social que aquellos que son dirigidos por un adulto mayor; sin embargo, la proporción de hogares donde uno de los adultos mayores es el derechohabiente se reduce poco más de 5 puntos porcentuales.

A medida que aumenta el tamaño de la localidad donde se ubica el hogar del adulto mayor, el monto de los ingresos del grupo es mayor. Así, el ingreso de los hogares con al menos una persona e 60 años o más en las localidades de 100,000 y más habitantes, es tres veces mayor al que registran los hogares rurales (localidades de menos de 2,500 habitantes).

En México una alta proporción de los adultos mayores aún trabaja. Alrededor de 65% de los hombres de 60 a 64 años de edad permanece económicamente activo. Aunque las tasas de actividad se van reduciendo en edades posteriores, a los 80 años uno de cada cuatro varones sigue trabajando. La mitad de los adultos mayores que trabaja lo hace por su cuenta y más del 80% de los senescentes tienen un trabajo considerado informal. La mayoría de los adultos mayores que trabaja percibe ingresos laborales muy bajos, así más de 75% de los adultos mayores que trabaja recibe una remuneración menor a dos salarios mínimos, entre las mujeres este porcentaje alcanza 83.0%.

La población de adultos mayores resultó ser principalmente, 58%, receptora, no obstante un importante porcentaje no recibe ni da apoyo económico (26.9%). El 37.7% recibe apoyo instrumental.^{35/}

El número de horas dedicadas al trabajo disminuye conforme aumenta la edad, las personas de entre 30 a 59 años destinan casi 50 horas a la semana al trabajo y los adultos mayores alrededor de 30 horas. Dentro del grupo de 60 años o más la disminución de horas sucede de modo paulatino: el grupo de 60 a 64 años tiene lapsos de trabajo de poco más de 40 horas, el grupo de 65 a 69 años ocupa cinco horas menos a la semana, y así sucesivamente hasta llegar al grupo de 80 años o más que destina alrededor de 15 horas a la semana, es decir, poco más de dos horas diarias.

En el país residen poco más de 9 millones de personas de 60 años o más, de ellas 3.3 millones realizan alguna actividad económica, lo que equivale a que 36.5% del total de adultos mayores se encuentran en el mercado de trabajo. Para el caso de las mujeres este porcentaje es de 19%.

La encuesta levantada por Oportunidades refleja que la tasa neta de participación es diferenciada por sexo, 57 de cada 100 hombres de 60 años o más participan en alguna actividad económica y poco menos de 20 de cada 100 mujeres hace lo mismo.

Si se atiende el nivel de instrucción de la población de 60 años o más, se aprecia cómo aquellos que cuentan con formación profesional tienen los niveles más altos de participación económica, en contraste, los que no alcanzaron a aprobar algún grado de escolaridad presentan una de las tasas de participación más reducidas.

^{35/}

INEGI. Los Adultos Mayores en México: Perfil Socio-Económico al Inicio del Siglo XXI. México, 2005.

Por otra parte, para las mujeres de 60 años o más sí se aprecia una relación muy marcada, una de cada cinco mujeres que no alcanzaron a aprobar algún grado de escolaridad participa en la actividad económica, mientras que entre los que alcanzaron niveles de profesional o más, la tasa neta de participación es alrededor de 50% más elevada en relación con la de las primeras.^{36/}

Cuadro 9

Tasa neta de participación económica de la población de 60 años y más

GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Total	36.5	56.8	19.1
60 a 64 años	50.7	74.8	29.1
65 a 69 años	40.1	61.9	20.9
70 a 74 años	31.9	51.4	15.2
75 a 79 años	24.9	40.0	12.3
80 años y más	13.9	25.5	5.2

Fuente: Los Adultos Mayores en México. Perfil Socio-demográfico al Inicio del Siglo XXI. Edición 2005. INEGI. Pág. 23

Cuadro 10

Promedio de horas a la semana dedicadas al trabajo de la población de 60 años y más por grupos quinquenales de edad según sexo, 2004

GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Total	31.8	28.6	34.5
60 a 64 años	40.7	37.1	44.0
65 a 69 años	35.5	31.2	39.3
70 a 74 años	30.3	26.7	33.4
75 a 79 años	25.1	22.0	27.6
80 años y más	16.1	15.1	17.0

Fuente: Los Adultos Mayores en México. Perfil Socio-demográfico al Inicio del Siglo XXI. Edición 2005. INEGI. Pág. 23

El mayor nivel de instrucción hace que las disparidades en los ingresos por hora se inviertan. En el grupo de personas con estudios de preparatoria o más, los ingresos son mayores para quienes sobrepasan los 60 años de vida que para aquellos que tienen entre 30 y 44 años, la diferencia en el ingreso es de más de 10 pesos cada hora para los de nivel preparatoria y de 20 para los de nivel profesional. Además, en este grupo la diferencia de la jornada laboral es mínima, lo que conlleva a que para las personas con mayores estudios y mayor edad los ingresos mensuales promedio sean superiores a los 12 mil pesos.

Los adultos mayores son los que en promedio tienen menor ingreso por hora con respecto al grueso de la población, el ingreso medio por hora del total de los mayores de 14 años es de 26.5 pesos, mientras que en el grupo de 60 años

^{36/}

Téllez Rojo Solís, Martha María. *Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar del Componente para adultos Mayores del Programa Oportunidades*. INSP-Oportunidades. México, 2006.

o más es de 22.1 pesos. Aunado a esta diferencia salarial, se encuentra que los adultos mayores son los que menos horas dedican al trabajo extra-doméstico a la semana, por lo cual este grupo registra los ingresos medios al mes más bajos (3,483 pesos).

Por otro lado, las personas con menor nivel de instrucción y mayor edad, son los que tienen en promedio menores ingresos (casi 7 pesos por hora) con jornadas de alrededor de 31.5 horas semanales, lo que lleva a ingresos mensuales de \$1,765 pesos.

Cuadro 11

Promedio de horas a la semana e ingreso promedio por hora dedicada al trabajo extra-doméstico de las personas de 60 años y más por nivel de instrucción

Nivel de Instrucción	Total	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 años y más
Promedio de horas a la semana dedicadas al trabajo extra-doméstico						
Total	39.1	40.2	38.1	36.2	36.5	33.7
Sin instrucción	37.4	38.9	35.9	34.4	37.8	31.5
Primaria incompleta	38.8	39.5	37.7	36.4	34.2	36.9
Primaria completa	41.8	41.4	40.7	38.5	34.1	38.1
Secundaria	42.5	42.4	42.2	42.1	45.6	30.8
Preparatoria	40.4	41.7	36.2	41.0	35.6	46.9
Profesional	41.0	41.5	44.8	33.4	43.7	20.5
Ingreso promedio por hora de trabajo extra-doméstico (pesos)						
Total	22.1	23.5	18.1	16.7	15.3	12.2
Sin instrucción	11.8	11.1	10.6	9.6	10.2	7.4
Primaria incompleta	15.9	16.3	14.0	12.6	13.1	13.2
Primaria completa	22.0	21.7	20.9	21.8	19.3	17.2
Secundaria	30.5	28.9	30.5	43.2	16.0	27.7
Preparatoria	40.3	38.3	34.5	34.8	52.4	16.7
Profesional	73.2	80.3	61.9	87.4	54.7	77.7

Fuente: Los Adultos Mayores en México. Perfil Socio-demográfico al Inicio del Siglo XXI. Edición 2005. INEGI. Pág. 24

Conforme avanza la edad de los adultos mayores es más frecuente que formen un hogar unipersonal; después de los 70 años de edad, más de 10% de la población vive sola. Entre los hogares cuyo jefe no participa en el mercado de trabajo, se observa una proporción significativa que recibe pensión.

En algunos casos, los adultos mayores son *independientes* de la familia, ya sea por decisión propia, porque pierden a su pareja o porque los hijos se van; debido a que nunca formaron una familia, o simplemente porque la familia no está en condiciones de apoyarlos.

En particular, la participación en actividades económicas de las mujeres solas, es más alta, según el censo, las adultas mayores en general registran una participación de 11.7%, mientras que entre las que viven solas es de 19.0%.

Al igual que para la mayor parte de los adultos mayores, entre los que viven solos las ocupaciones que desempeñan en la actividad económica se

relacionan con el autoempleo o las actividades informales. Así, 3 de cada 10 personas de 60 años o más que viven solas, tienen como ocupación principal actividades agropecuarias y dos son comerciantes o dependientes; resulta que uno de cada 10 individuos de este grupo de edad es trabajador doméstico.

Casi la mitad de los adultos mayores que viven solos trabajan por su cuenta (49.6%), entre los hombres el porcentaje es ligeramente menor, incrementándose la presencia relativa de jornaleros o peones. Por el contrario, en las mujeres, la proporción de trabajadoras por cuenta propia es más elevada, así como la de empleadas u obreras.

En cuanto a las prestaciones recibidas de la población ocupada de 60 años o más que vive sola, se tiene que 28.7% recibe vacaciones pagadas; 39.1% recibe aguinaldo; 12% recibe reparto de utilidades y solo 31.5% tiene derecho a recibir servicios médicos.

En términos generales, independientemente de la percepción de ingresos por trabajo, más de la tercera parte de los adultos mayores que vive solo recibe ingresos gracias a la ayuda de familiares; otra tercera parte por pensión, y la sexta parte por transferencias del Estado. Esto último se ha incrementado de manera importante en las últimas dos décadas por programas como el de 70 y más.

Cuadro 12

Ingreso promedio mensual de los hogares con al menos una persona de 60 años y más por tipo de ingreso recibido según tamaño de localidad, 2000

TIPO DE INGRESO	TOTAL	HASTA 2,499 HABITANTES	2,500 A 14,999 HABITANTES	15,000 A 99,999 HABITANTES	100,000 Y MÁS HABITANTES
Ingreso Total	4,938	2,374	3,437	4,466	7,180
Ingreso por trabajo	3,604	1,539	2,442	3,309	5,369
Ingreso por otra fuente	1,334	835	995	1,157	1,811

Fuente: Los Adultos Mayores en México. Perfil Socio-demográfico al Inicio del Siglo XXI. Edición 2005. INEGI. Pág. 82

En términos relativos, las mujeres reciben más apoyo económico de su familia que los hombres, y en contraparte, menos ingresos como parte de las prestaciones laborales a la que pudo hacerse acreedora en su vida laboral.

Poco más de la tercera parte (37.7%) de las personas menores de 30 años que residen solas, son propietarias de su vivienda. Porción que se incrementa a 64% entre las personas de 30 a 59 años y a 79.3% en las de 60 años o más.

Los adultos mayores siguen cumpliendo un papel importante en la producción de bienes y servicios, pues casi la mitad de la población de 60 a 64 años del país continúa en la actividad económica. Esta elevada participación laboral revela una situación que, lejos de constituir una opción voluntaria, puede atribuirse tanto a la baja cobertura de la seguridad social como al escaso monto de las jubilaciones percibidas por aquellos que cuentan con tal protección.

Para concluir este apartado, es importante resaltar que lo que hace tan relevante en la actualidad contar con una política de envejecimiento es que se por un lado potencialmente se tiene una ventana de oportunidad para hacer algo con los jóvenes y adultos de hoy y futuros senescentes; y por el otro, que la realidad epidemiológica y socio-económica no permite la alternativa de quedarse con la opción de no hacer algo.

Se requiere un análisis más exhaustivo de los datos disponibles de la población senescente, para evitar hacer conclusiones poco fundadas: se menciona en algunos foros, que son una carga para la familia, que no trabajan, que un porcentaje muy alto tiene discapacidades, y la información disponible contraviene esas conclusiones, y lo que si arroja es que no hay opciones de cuidados formales de largo plazo, que reciben pensiones solo el 19.2% de los Adultos Mayores y pensiones y/o otros programas sociales el 28.8%; que la falta de cobertura de los programas sociales y el relativamente bajo monto otorgado por medio de las pensiones u otro tipo de programas sociales ha ocasionado que la ayuda familiar y el ingreso laboral sigan siendo herramientas necesarias para garantizar el consumo de este grupo de la población.

Que los trabajadores mayores de 65 años generalmente enfrentan condiciones laborales inflexibles con respecto a las jornadas de trabajo, sector económico y categoría ocupacional. En México el Sector económico que más absorbe a la población de 65 y más es el primario y el número de horas trabajadas para el 51% de esta población supera las 40 horas semanales; que las carencias afectivas de un anciano cuando vive solo llegan hasta afectar su salud afectan lo que converge con los resultados del levantamiento que para esta investigación se realizó a pensionados, en que se observa que el 56% de las mujeres y el 26% de los hombres, estaría dispuesto a vivir en un asilo, siendo las principales motivaciones para ello el compartir con gente de su edad y el no ser una carga para los hijos. Mientras que en los asilos, solo 18.2% se siente abandonado y 28.3% quiere estar ahí a para no ser una molestia. Véase anexo 2.

1.2 OBJETIVO

Proponer un modelo de liderazgo para la definición, implementación y evaluación de las políticas y programas públicos que plantee de manera consensuada una Visión de largo plazo, objetivos y metas que consideren dónde estamos y a dónde queremos llegar y qué se debe resolver en cada etapa del ciclo de vida para lograrlo. Para ello se analizan primeramente las coincidencias con los postulados del modelo de liderazgo situacional y los estudios generacionales de la implementación de las políticas públicas; posteriormente se examinan los programas del gobierno federal dirigidos a la salud física y financiera de la población senescente y sus coincidencias con los postulados del modelo de liderazgo situacional, también se llevaron a cabo entrevistas a los directivos y operativos de los programas dirigidos a la salud financiera y encuestas a población senescente pensionada o que habita en asilos así como a trabajadores activos que tienen padres senescentes.

Año con año las discusiones de la asignación presupuestaria en la H. Cámara de Diputados giran en torno al Presupuesto, cuando lo que se debiera discutir es cómo alcanzar de la manera más costo-efectivo los objetivos y metas dentro de una Visión de Determinada Política Pública. Si se tuviera información confiable del costo-beneficio de medidas alternativas de política social, por ejemplo, si se buscara reducir la obesidad a fin de controlar la diabetes, se podría:

- 1) implementar un programa de orientación nutricional en las dependencias;
- 2) obligar a los empleados a inscribirse en un gimnasio gratuito; o bien,
- 3) hacer forzoso para todos, un chequeo general anual.

Se debería contar con estimaciones de los costos y beneficios que tendría la orientación nutricional a mediano y largo plazos, contra el costo-beneficio de los gimnasios. El primero además del impacto en el trabajador pudiera tener efectos en la familia de éste y además se antoja que si logra cambiar hábitos, aunque se suspenda, su efecto positivo persistiría, mientras que el de gimnasios solo beneficia al trabajador y en el momento que se cancele se podría esperar que la mayoría de los trabajadores dejaría de acudir a un gimnasio; por su parte, el chequeo y la consecuente detección temprana de sobrepeso, por ejemplo, podría evitar o detectar de manera temprana futuros padecimientos como obesidad, diabetes e hipertensión e impedir o disminuir sus costosas complicaciones.^{37/}

En la transición del Estado de Bienestar al Modelo de Libre Mercado, el cambio que el Estado ha experimentado exige entender a la Administración Pública como organización prestadora de servicios. Este nuevo modelo se fundamenta en dos principios: a) que la Administración Pública es una organización dirigida a la prestación de servicios y, b) que el sujeto receptor, el ciudadano, debe ser concebido como cliente de estos servicios. Esta concepción conlleva cambios en las relaciones que se establecen entre empleados, entre estos y el público, y, en la forma en que se entiende la administración pública.^{38/}

La gestión pública ha transitado de una gestión pública tradicional, a una gestión eficientista (gerencial) y después a una gestión de calidad: *Nueva Gestión Pública*. En este contexto, algunos países como Australia, Reino Unido y Nueva Zelanda comenzaron a realizar un conjunto de políticas con

^{37/} Las enfermedades cardiovasculares (ECV) y la diabetes, son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser un motivo común de discapacidad, muerte prematura y consumo de recursos para la salud. En nuestro país la diabetes ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente desde hace varios lustros; se reportan anualmente 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos. *Programa de acción. Diabetes Mellitus*. Secretaría de Salud. Borrador. México, 2007.

^{38/} Sánchez González, José Juan. *La Administración Pública como Ciencia. Su Objeto y su Estudio*. Plaza y Valdés Editores. México, 2001.

orientación al cliente, promoviendo mejorar la eficiencia y eficacia, permitiendo mayor poder de decisión a los gestores públicos y fomentando una gradual separación de las organizaciones que toman decisiones de las que operan.

La mejora de la productividad y la mayor efectividad de la Administración Pública exigen liderar un cambio cultural y orientar las políticas hacia la satisfacción del cliente. El nuevo modelo para liderar las políticas y sus programas y acciones, debe producir resultados sociales eficientes y eficaces, atendiendo al binomio costo-beneficio con lo que responde a la preocupación de la Administración de vigilar que los recursos escasos se canalicen a los fines adecuados.

1.3 HIPÓTESIS

H₀: La falta de resultados perdurables de los programas y acciones del gobierno federal se debe a la ausencia de un liderazgo adecuado que defina una política pública y posteriormente los programas y acciones que permitan alcanzarla. Las políticas públicas requieren de un doble liderazgo, uno que faculte a los servidores públicos y, el otro, a los ciudadanos.

H₁: El Modelo de Liderazgo Situacional de Blanchard es aplicable a la Gestión Pública.

H₂: El liderazgo debe iniciar con la definición de una Visión consensuada de largo plazo que abarque las diferentes etapas del ciclo de vida. Resulta urgente la reorientación de las funciones del Estado, de curativo a preventivo. Actualmente responde a crisis y a conflictos, y por ello, asume un carácter asistencial.

H₃: Las personas son sujetos de derecho, no solamente objetos de protección; por lo tanto disfrutan de ciertas garantías, pero también tienen responsabilidades respecto de sí mismos cuando ya no sean perceptores de ingresos.

H₄: El cambio en la estructura por edades de la población se traducirá en una serie de desafíos. Se disponen de unas cuantas décadas para preparar e instrumentar las respuestas institucionales que hagan frente a esos desafíos.

H₅: Se requiere liderar una política que permita resolver cómo financiar el retiro, sin imponer altas presiones a las futuras generaciones.

1.4 INSTRUMENTOS Y CUESTIONARIOS

Esta tesis se basó en la investigación bibliográfica, así como en los resultados de entrevistas a directivos y operativos de programas dirigidos a los adultos mayores, a los directivos de las casas para ancianos; en el análisis de los resultados de encuestas y estudios publicados sobre el envejecimiento poblacional, así como a los datos que arrojaron las entrevistas realizadas a servidores públicos, a pensionados del ISSSTE y a adultos mayores que residen en las casas hogar del INAPAM.

1.5 VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

Se seleccionó analizar las encuestas disponibles más recientes y de fuentes de reconocido prestigio como son el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Las entrevistas se realizaron a directivos y operativo de cada uno de los programas y los cuestionarios a personal activo, pensionados y gente que vive en asilos, buscando complementar los resultados del análisis de las encuestas dirigidas a la población de la tercera edad, además de identificar su disposición a la opción de vivir en residencias para ancianos y detectar sus inquietudes y necesidades al respecto.

1.6 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio prospectivo que busca proponer un modelo de liderazgo de las políticas públicas, partiendo de investigar las diferencias y similitudes con los postulados del Modelo de Liderazgo Situacional de Blanchard y los modelos generacionales de la gestión pública; la manera en cómo se lideran los programas dirigidos a la población de la tercera edad y las necesidades e inquietudes y apreciación hacia dichos programas de la propia población senescente.

1.7 TIPO DE DISEÑO

No experimental longitudinal de tendencia. Analiza cómo las transformaciones demográfica, epidemiológica y socio-económica, repercuten en la realidad de la población de la tercera edad y cómo se puede acompañar esa tendencia, para asegurar la salud financiera de la futura población senescente.

1.8 PROCEDIMIENTO

Investigación bibliográfica: Se investigaron los postulados del Modelo Situacional de Blanchard así como de los modelos de Gestión Pública, analizando sus principales coincidencias y diferencias.

Análisis de los programas: Se examinan las reglas de operación y/o lineamientos de los programas dirigidos a la población de la tercera edad, para posteriormente y, con base a las entrevistas a directivos y operativos, precisar cuestiones del liderazgo de los mismos y determinar la consistencia con los postulados del Modelo de Liderazgo Situacional de Blanchard.

Diagnóstico de la población senescente: Con base en las proyecciones demográficas del CONAPO y los resultados de ENASEN y el INEGI, se describe la situación socio-demográfica de la población senescente. Con la información de los cuestionarios levantados, se precisan las necesidades e inquietudes de la actual y futura población senescente.

Propuesta: Del análisis de los programas y de las necesidades detectadas, se propone un modelo de liderazgo para las políticas públicas que en su Visión, abarque las necesidades y prioridades en las diferentes etapas del ciclo de

vida, para posteriormente aplicarse en la búsqueda de alternativas para resolver la salud financiera de la futura población senescente.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Las principales razones para el estudio de las políticas públicas pueden ser científicas, profesionales o políticas. Las razones científicas son las que buscan entender las causas y consecuencias de la aplicación de una política en función del entorno social; las razones profesionales, las que buscan encontrar soluciones prácticas a los problemas de la sociedad en tanto que las razones políticas, debieran ser las encaminadas a entender la esencia del problema y sus posibles soluciones.

Este capítulo consta de tres apartados. En el primero de ellos, se presenta una síntesis de los principales postulados del Modelo de Liderazgo Situacional; en el segundo, se analiza la evolución que ha tenido la teoría de la implementación de las políticas públicas y su convergencia con los postulados del Modelo de Liderazgo Situacional y, en el tercero, se presenta el modelo de la Nueva Gestión Pública, de manera que en el cuarto capítulo se propone un modelo de liderazgo que considere los elementos para promover mayor eficacia y eficiencia en el manejo de las políticas públicas.

2.1 MODELO DE LIDERAZGO SITUACIONAL

Las organizaciones de alto desempeño son aquellas que, a lo largo del tiempo, continúan produciendo resultados extraordinarios, con el más alto nivel de satisfacción humana y de compromiso con el éxito.

El modelo SCORES,^{39/} identifica seis elementos que deben cumplir las organizaciones de alto desempeño, para hacer la diferencia entre obediencia y compromiso:

- S Información compartida y comunicación abierta (S: *shared information and open communications*). El acceso a la información permite que las personas se sientan capaces de tomar decisiones sólidas, alineadas con las metas y los valores de la organización. La comunicación abierta es el alma de la organización.
- C Visión convincente. (C: *compelling vision*). Una visión convincente es el sello distintivo de una organización de alto desempeño. Incluye un propósito, una imagen del futuro y ciertos valores. Los colaboradores pueden describir la visión, están comprometidos con ella y ven con claridad el papel de apoyo que desempeñan con respecto a ella.
- O Aprendizaje continuo (O: *ongoing learning*). Incluye aprendizaje organizacional e individual.
- R Concentración incesante en los resultados con los clientes (R: *relentless focuss*).
- E Sistemas y estructuras que infunden energía. (E: *energizing systems*). Proporcionan la plataforma para una respuesta rápida a los obstáculos y las oportunidades.

^{39/} Kenneth Blanchard. *Liderazgo al más alto nivel. Cómo crear y dirigir organizaciones de alto desempeño*. Grupo Editorial Norma. Escondido, California, 2007. Pág. 12

S Poder compartido y alta participación (S: *shared power*). La participación, la colaboración y el trabajo en equipo, constituyen la forma de vida.

Una Visión genera confianza, colaboración, interdependencia y responsabilidad mutua para el éxito. También ayuda a las personas a decidir de manera inteligente, pues toman sus decisiones con el resultado final en mente; permite actuar con una postura proactiva, haciendo que se avance hacia lo que se quiere, en lugar de alejarse de manera reactiva de aquello que no se quiere. Peter Drucker dijo que la mejor manera de predecir el futuro era creándolo.^{40/}

La Visión se debe usar de manera activa como guía para la toma cotidiana de decisiones. Los tres elementos clave de una Visión convincente, son:

- 1° Propósito significativo. Responde a la pregunta ¿por qué?
- 2° Imagen perdurable del futuro.
- 3° Valores claros. Las personas no pueden concentrarse en más de cuatro valores. Los valores deben estar ordenados por rango para ser eficaces. La vida está formada por conflictos de valores y los individuos deben conocer en qué valor concentrarse.^{41/}

Para que un líder pueda asegurar que la visión se haga realidad, es decir, que sea una Visión compartida que movilice a las personas, se identificaron tres pautas importantes que los individuos deben seguir: cómo se crea la Visión, cómo se comunica y cómo se vive.^{42/}

Crear una Visión es una de las funciones permanentes más cruciales de un líder exitoso. La tarea del líder es apoyar a las personas en el logro de la Visión mediante la eliminación de barreras, asegurar que las políticas, las prácticas y los sistemas les faciliten actuar sobre ella. Entonces las personas servirán a la Visión y no al líder.

Las organizaciones de alto desempeño ponen en práctica y mantienen con pasión los más altos estándares de calidad y servicio desde el punto de vista del cliente. Estas organizaciones usan la experiencia del cliente para evaluar qué tan bien lo están haciendo. Las necesidades y tendencias de los clientes impulsan la innovación, los nuevos productos y los servicios. Estas organizaciones diseñan los procesos de trabajo del cliente hacia atrás, para garantizar un flujo que tenga sentido desde su perspectiva. Las relaciones y estructuras interfuncionales internas están organizadas en torno a las necesidades del cliente. Se aseguran de poder responder con rapidez a las necesidades de los clientes y adaptarse a los cambios de mercado. Prevén las tendencias y se anticipan a ellas.

En las organizaciones de alto desempeño, la gerencia tiene contacto regular cara a cara con los clientes- no solo con los satisfechos, sino también con aquellos que se encuentran frustrados, molestos, o que no utilizan los

^{40/} Citado en Blanchard Kenneth. *Liderazgo al más Alto Nivel. Como Crear y Dirigir Organizaciones de Alto Desempeño*. Escondido, California, 2007. Grupo Editorial Norma. Pág. 27.

^{41/} *Ibid.* Pág. 33

^{42/} Kenneth Blanchard y Jesse Stoner *¡A todo vapor!: Cómo liberar el poder de la visión en la empresa y en su vida*. Grupo Editorial Norma. Escondido, California 2004.

productos y servicios de la organización. Trabajar con las personas a quienes se sirve y escuchar con atención, permite a las organizaciones de alto desempeño responder con rapidez y flexibilidad a las condiciones cambiantes.

Después de decidir lo que se desea que suceda, es importante descubrir cualquier sugerencia que los clientes puedan tener y que mejore su experiencia con la organización. Las organizaciones de alto desempeño por lo regular buscan retroalimentación de los clientes y el mercado.

Cuando se reúne la experiencia que se desea que los clientes tengan con lo que éstos quieren que se haga, se obtiene un cuadro adecuado de la experiencia que se busca que ellos vivan.

Una vez que se establece la experiencia que se desea que el cliente tenga, y que los colaboradores estén comprometidos con ella, comienza la implementación del aspecto de liderazgo. Es durante la implementación que la mayoría de las organizaciones se encuentran en problemas. Los colaboradores tratan de complacer a sus jefes y ser receptivos con ellos, en lugar de concentrar dicha energía en responder a las necesidades de los clientes.

En la Administración Pública suele perderse de vista quién es el *dueño* y quién el cliente. Si se entiende por dueño el que paga los sueldos, entonces en la administración pública el dueño y el cliente final debiera ser el ciudadano y los clientes intermedios otros funcionarios públicos; aunque quien es el cliente final resulta claro, el dueño pudiera confundirse con el que dirige la organización.

La implementación consiste en equipar a los miembros de toda la organización para que actúen y se sientan propietarios de la Visión. Asimismo, consiste en dar la posibilidad a las personas de desempeñar un papel proactivo en la realización de la Visión y el sentido de la organización.^{43/}

Para ayudar a los colaboradores a servir al más alto nivel se requiere concentrar la energía de todos en hacer de los clientes su primordial prioridad y, en segundo lugar, debe asegurarse que se cuenta con sistemas y estructuras que generen energía. Esto último se refiere a la capacitación continua.

La capacitación para el cambio debe hacerse de manera tan individualizada como sea posible. No es posible compartir el poder y la toma de decisiones sin creer que las personas pueden manejarlos y que lo harán de manera responsable si se les proporciona la capacitación y la información adecuadas y se les brinda la oportunidad.

Se requieren tres condiciones para entusiasmar a los colaboradores en cualquier organización. 1) trabajo que valga la pena; 2) control en el logro de las metas; 3) reconocimiento de los logros.

43/

El éxito del Método de Acreditación, Regulación, Evaluación, Seguimiento y Mejora Continua de la Calidad de Atención se atribuye a que existe conciencia de la necesidad de introducir cambios en todos los niveles involucrados en el proceso, así como compromiso y motivación; los cambios son paulatinos; existe reconocimiento y estímulo interno y externo; se entrena al personal; hay existencia de independencia y control y, se difunden los resultados de los cambios introducidos. Fleishman, Raquel. *Método de Acreditación, regulación, evaluación, seguimiento y mejora continua de la calidad de atención*. Israel, 2004.

Sin metas claras, el liderazgo situacional no funciona, porque el nivel de desarrollo es específico de la tarea. El establecimiento de metas opera de manera que proporciona propósito, reto y significado. Las metas infunden energía en las personas. Las metas deben representar un reto. Con principiantes, las metas deben ser de aprendizaje y, más adelante, de resultados.

Las metas deben poder leerse en un minuto y escribirse en no más de 250 palabras. Las metas deben ser específicas, observables y medibles. Tener metas estimulantes ayuda. El *porqué* explica de qué manera la tarea de la persona se inserta en el desempeño general del trabajo y en las metas y los objetivos de la unidad, la división, la organización y el cliente. Las metas deben ser de una dificultad moderada, alcanzables, susceptibles de seguimiento y con límite de tiempo.

Facultar es la clave; consiste en desencadenar el poder de las personas –su conocimiento, su experiencia y su motivación- y concentrar dicho poder en el logro de resultados positivos para la organización.

La mayoría de los gerentes continúa definiendo el facultamiento como dar a las personas el poder de tomar decisiones, esta definición todavía considera a éste como el controlador y pasa por alto el aspecto esencial: facultamiento es la creación de un clima organizacional que libere el conocimiento, la experiencia y la motivación que residen en las personas. El precio de esa libertad es compartir riesgos y responsabilidades. Una cultura de facultamiento exige una responsabilidad mucho mayor de los colaboradores directos que una cultura jerárquica, responsabilidad que les da un sentido de realización.

No sólo existe clara evidencia de la relación positiva entre el facultamiento y el desempeño, sino que académicos consideran que aquel es esencial para las compañías que aspiran a triunfar en la nueva economía basada en el conocimiento.^{44/}

Para dirigir la transición hacia una cultura de facultamiento, los líderes deben utilizar tres claves: compartir información, establecer fronteras y reemplazar la antigua jerarquía por individuos y equipos autodirigidos.^{45/}

Las personas con información precisa se sienten obligadas a actuar de modo responsable. Al tener acceso a la información que les permite entender el cuadro general, los individuos pueden apreciar mejor el alcance de su contribución y cómo su comportamiento se refleja en otros aspectos de la organización.

^{44/} Malone, T.W. *Is Empowerment Just a Fad? Control, Decisión Making, and IT*. Sloan Management Review (invierno de 1997), citado en Liderazgo al más Alto Nivel. Como Crear y Dirigir Organizaciones de Alto Desempeño. Kenneth Blanchard. Grupo Editorial Norma. Escondido Baja California, 2007. Pág. 89.

^{45/} Blanchard, Ken, John Carlos y Alan Randolph. *Empowerment Takes more Than a Minute*. San Francisco, 1996. Berrett-Koehler Publishers, citado en Liderazgo al más Alto Nivel. Como Crear y Dirigir Organizaciones de Alto Desempeño. Kenneth Blanchard. Grupo Editorial Norma. Escondido Baja California, 2007. Pág. 95.

El facultamiento significa que las personas tienen la libertad de actuar y también que son responsables de los resultados. En una cultura de facultamiento, los gerentes continúan tomando las decisiones estratégicas.

Durante largo tiempo, la gente pensaba que sólo había dos estilos de liderazgo: el autocrático y el democrático. El liderazgo debe ajustarse al nivel de desarrollo de la persona que se lidera, pero lo que resulta primordial es que mediante un cambio cultural, se debe fomentar el desarrollo de la persona y ajustar, gradualmente el estilo de liderazgo.

Esta estrategia de ajuste es la esencia del Modelo de Liderazgo Situacional, modelo de liderazgo creado originalmente por Kenneth Blanchard y Paul Hersey en la Universidad de Ohio. Este modelo se refiere a cuatro estilos de liderazgo que se describen más adelante. En todos los equipos de trabajo se producen cambios debido a las distintas fases de desarrollo por las que atraviesan los miembros del grupo o por el cambio de los mismos.

Para ser eficaz al utilizar el liderazgo situacional, según los autores de este modelo, es necesario dominar tres habilidades: el diagnóstico, la flexibilidad y la alianza para el desempeño. Un líder situacional eficiente, debe ejercer un liderazgo adecuado a las necesidades del equipo; la clave está en mirar dos factores: la competencia y el compromiso. La competencia es la suma de conocimientos y habilidades que un individuo lleva consigo para el cumplimiento de una meta o una tarea. La competencia puede obtenerse mediante la educación formal, la capacitación en el trabajo y la experiencia, y puede desarrollarse con el tiempo, con dirección y apoyo adecuados. Por su parte, el compromiso es la motivación y la confianza de una persona con respecto a una meta o tarea.

La flexibilidad se refiere a cambiar de un estilo a otro y la alianza exige una comunicación abierta. En las organizaciones de alto desempeño, la información necesaria para tomar decisiones bien fundadas está a disposición de las personas y se comunica abiertamente. Compartir la información y facilitar la comunicación abierta, genera confianza y anima a las personas a actuar como propietarias del proyecto.

Cuando se comparte información importante con los colaboradores, éstos pronto actúan como propietarios. Comienzan a solucionar problemas de manera creativa. *Las organizaciones burocráticas se encuentran por lo general cercanas a la quiebra en cuanto a confianza se refiere: los colaboradores directos no confían en los gerentes y los gerentes no confían en los colaboradores directos. Las personas invierten una gran cantidad de tiempo en tratar de protegerse de los demás.*^{46/}

La idea de compartir información concuerda con lo señalado en la teoría integrativa. La principal diferencia entre la visión agregativa y la integrativa, es que la primera cree que la solución de los problemas de la agencia y la dificultad de garantizar que los funcionarios actúen en el interés del conjunto de los ciudadanos, se encuentra en el diseño de los incentivos y controles para que actúen racionalmente en su propio interés promoviendo los intereses del

^{46/}

Kenneth Blanchard. *Liderazgo al más alto nivel. Cómo crear y dirigir organizaciones de alto desempeño*. Grupo Editorial Norma. Escondido, California, 2007. Pág. 98.

pueblo, en tanto que en la teoría centrada en la integración, la solución se encuentra en socializar la información a los agentes, de tal manera que adquieran una identidad que implique autonomía y deberes administrativos.^{47/}

El liderazgo situacional se basa en mantener un equilibrio entre dos tipos de comportamiento que ejerce un líder para adaptarse al nivel de desarrollo de su equipo de trabajo. Los dos tipos de comportamiento son directivo o de apoyo. En el directivo, el líder define funciones y tareas de los subordinados; señala qué, cómo y cuándo deben realizarlas y controla resultados; en el de apoyo, se centra en el desarrollo del grupo, fomenta su participación en la toma de decisiones y les da cohesión, apoyo y motivación.

El líder puede utilizar los dos tipos de comportamiento en mayor o menor medida dando como resultado cuatro estilos de liderazgo. Al principio el líder adopta el estilo de control para ir progresivamente reduciendo la cantidad de dirección y aumentando la de apoyo, hasta elevar el nivel de implicación de los colaboradores en la toma de decisiones cuando ya los miembros han conseguido una buena integración y experiencia y el grupo se ha consolidado. En caso de cambios, en ocasiones es necesario revisar objetivos y metas y volver a pasar por las distintas fases de liderazgo.

Estilos de Liderazgo: ^{48/}

Liderazgo de entrenamiento. Alta dirección y apoyo. Crear confianza, restablecer compromiso y estimular la iniciativa. Las decisiones finales las toma el líder; determina las metas y tareas asequibles y realistas. Los miembros del grupo tienen un elevado nivel de motivación pero su nivel de competencia es bajo y no tienen suficientes conocimientos y experiencia. En este sentido el líder tiene que planear cómo se pueden adquirir las habilidades necesarias para la realización de las tareas.

Liderazgo de apoyo. Momento de respaldar esfuerzos, escuchar preocupaciones y sugerencias. Este estilo es más de colaboración; reconoce los avances y mejoras en el rendimiento: el líder supervisa. Incrementa su ayuda a los miembros del equipo para que desarrollen los conocimientos y habilidades relacionados con sus funciones, redefine las metas, se mantiene receptivo para reconocer las dificultades y anima a establecer relaciones de participación y cohesión. Los miembros del grupo tienen niveles bajos de competencia y su motivación varía como consecuencia de las dificultades, por todo ello es fundamental el apoyo del líder.

Liderazgo de asesoramiento. Alto nivel de comportamiento de apoyo y bajo en comportamiento directivo. El líder asesora. Concede mayor importancia al esfuerzo y al rendimiento de los miembros del grupo, produce un ascenso en sus niveles de competencia. El líder va cediendo el control sobre las decisiones y fomenta la participación y la

^{47/} March, James G y Johan P Olsen. *El ejercicio del poder desde una perspectiva institucional en Gestión y Política Pública*. Vol. VI. Núm. 1. Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE. México, 1997. Pág. 65.

^{48/} Kenneth Blanchard. *Liderazgo al más alto nivel. Cómo crear y dirigir organizaciones de alto desempeño*. Grupo Editorial Norma. Escondido, California, 2007. Pág. 116.

responsabilidad entre los miembros. Los miembros han conseguido una mayor adaptación a las situaciones y una adecuada integración.

Liderazgo de delegación. Se delega la toma de decisiones a los colaboradores: el líder delega, estimula y apoya el funcionamiento autónomo del grupo. Los miembros han logrado incrementar sus niveles de rendimiento como consecuencia del dominio de las habilidades y conocimientos necesarios para su trabajo. La experiencia y confianza eleva sus sentimientos de competencia y orgullo de pertenencia al grupo.

Una vez que el gerente y sus colaboradores determinan el estilo de liderazgo según el nivel de desarrollo, establecen el número, frecuencia y el tipo de reuniones de control de avance que tienen entre sí. El motivador número uno de las personas es la retroalimentación sobre los resultados. El cambio organizacional sostenible tiene lugar mediante la conversación y la colaboración, no mediante la acción unilateral de unos pocos. Muchos gerentes contratan colaboradores, les dicen qué hacer y luego los dejan solos y suponen que se producirá por sí solo un buen desempeño. En otras palabras abdican, no delegan. Se puede esperar más, si se revisa más.

Para ello, un sistema eficaz de administración del desempeño requiere en primera instancia el planteamiento del desempeño. Una vez que todos tienen claridad en cuanto a la Visión y la dirección organizacionales, es durante el planteamiento del desempeño que los líderes acuerdan con sus colaboradores directos las metas y los objetivos en los cuales deben concentrarse. El segundo aspecto y el más importante, es el entrenamiento para el desempeño. Es ahí donde el liderazgo de servicio entra en juego. En esta fase los gerentes trabajan para sus colaboradores, los elogian por sus avances y reorientan el desempeño inadecuado. El tercero y último aspecto de un sistema eficaz de administración del desempeño, es la evaluación del desempeño.

Los cambios en el desempeño ocurren ya sea porque el empleo y las habilidades necesarias para desenvolverse en él cambian o porque los colaboradores pierden su compromiso. Hacer frente a la pérdida de compromiso –cambio en la motivación o la confianza- es uno de los mayores retos que enfrentan los gerentes.

El liderazgo eficaz es un viaje de transformación que va del *autoliderazgo* donde el líder se reconoce vulnerable, sabe sus fortalezas y debilidades, pasando por el *liderazgo uno a uno* en el que desarrolla una relación de confianza con otros; por el *liderazgo de equipo* en que exige confianza y cooperación; y, culmina con el *liderazgo organizacional*, donde la clave es crear un ambiente que valore tanto las relaciones como los resultados.

Una organización llena de autolíderes es una organización con una fuerza de trabajo comprometida.

Las organizaciones que no animan a sus colaboradores a aprender tienen menos probabilidades de ser de alto desempeño, por cuanto las habilidades de una organización no son mayores que las de sus colaboradores.

El facultamiento es el ambiente propicio que debe crear un líder entre sus colaboradores. El autoliderazgo se refiere a lo que los colaboradores hacen para poner en obra el facultamiento.

La primera habilidad del auto líder es desafiar las restricciones supuestas; las restricciones no son el problema; el problema es cuando se piensa que tales cosas son las únicas fuentes de poder disponibles.

La segunda habilidad del auto líder, es festejar los puntos de poder. Hay cinco fuentes de poder: por posición; personal; por tarea; por relaciones y por conocimiento.

La tercera habilidad del auto líder es colaborar para el éxito.

Así como el liderazgo de equipo es más complicado que el de uno a uno, liderar una organización entera es más complicado que liderar un solo equipo, porque el liderazgo organizacional consiste en liderar el cambio, y liderar el cambio es algo caótico y desordenado.

Para entender dónde puede estar una organización en relación con un cambio necesario, resulta importante plantearse las siguientes preguntas:

- ¿Está su organización bien encaminada para realizar su Visión?
- ¿Producen las iniciativas de la organización los resultados deseados?
- ¿Se producen los resultados a tiempo?
- ¿Se producen los resultados dentro del presupuesto?
- ¿Se mantienen altos niveles de productividad y moral?
- ¿Están sus clientes entusiasmados con respecto a su organización?
- ¿Están sus colaboradores llenos de energía, comprometidos y entusiasmados?^{49/}

Las investigaciones indican que el 70% de los cambios organizacionales fracasan, y que tales fracasos pueden, con frecuencia, responder a un liderazgo ineficaz.^{50/} Las razones predecibles por las cuales los esfuerzos de cambio por lo general fracasan, son:

- A. Las personas que lideran el cambio piensan que anunciarlo es lo mismo que ejecutarlo.
- B. Las preocupaciones de las personas con respecto al cambio no emergen y/o no se afrontan.
- C. Aquellos a quienes se pide cambiar no participan en el planteamiento del cambio.
- D. No hay una razón urgente o convincente para cambiar. Los argumentos empresariales no se comunican.

^{49/} Kenneth Blanchard. *Liderazgo al más alto nivel. Cómo crear y dirigir organizaciones de alto desempeño*. Grupo Editorial Norma. Escondido, California, 2007. Pág. 258.

^{50/} *Ibid.* Pág. 259.

- E. No se ha desarrollado o comunicado una Visión convincente que entusiasme a las personas con respecto al futuro.
- F. El equipo de liderazgo del cambio no incluye a quienes lo adoptan pronto, a quienes se resisten a él, ni a los líderes informales.
- G. No se hace una prueba piloto del cambio, y en consecuencia la organización no aprende qué se necesita para apoyar el cambio.
- H. Los sistemas organizacionales y otras iniciativas no están alineados con el cambio.
- I. Los líderes pierden su centro de atención o no establecen prioridades, y eso ocasiona la llamada *muerte por mil iniciativas*.
- J. No se capacita a las personas o no se les anima a crear nuevas habilidades.
- K. Quienes lideran el cambio no tienen credibilidad: no comunican suficientemente, dan mensajes ambiguos y no son modelo de los comportamientos que el cambio requiere.
- L. No se mide el avance y nadie reconoce los cambios que las personas se han esforzado en hacer.
- M. No se responsabiliza a las personas por la ejecución del cambio.
- N. Las personas que lideran el cambio no respetan el poder de la cultura para matar el cambio.
- O. No se exploran las posibilidades y opciones antes de elegir un cambio específico.

A lo largo de los años, la experiencia indica que si los líderes pueden entender y superar las tres primeras razones por las cuales el cambio fracasa: a) tener en claro que anunciar el cambio no es la manera de ponerlo en marcha; b) promover que las preocupaciones de las personas con respecto al cambio sean manifestadas y abordadas; y, c) se involucren en el planteamiento del cambio mismo a los que sean requeridos que cambien; están bien orientados a ser líderes eficientes en materia de cambio.

Mucho se ha escrito sobre la importancia de la ejecución. Es adecuado el énfasis que se pone en ello, sin embargo, en el modelo de Liderazgo Situacional se subraya que la ejecución es mucho más fácil, si se lidera utilizando las siguientes estrategias:

- 1) Ampliar las oportunidades de participar e influir. Si bien es cierto que las decisiones pueden tomarse con mayor rapidez cuando participan menos personas, las decisiones rápidas no necesariamente se traducen en una ejecución más pronta y mejor. Proporcionar oportunidades de participar e influir produce un compromiso sostenible y de largo plazo hacia una nueva forma de hacer las cosas, en lugar de una obediencia de corto plazo.
- 2) Explicar las razones para el cambio. Es importante preguntar a los colaboradores por qué razones consideran que la organización debe cambiar, aún y cuando el líder considere que ya sabe las respuestas.

- 3) Prever el futuro. Una visión compartida, convincente para la mayoría de aquellos a quienes se les pide cambiar.
- 4) Ampliar el equipo de liderazgo para el cambio. Este equipo debe constituir una muestra representativa de la organización: defensores y personas que se resistan, líderes formales e informales y líderes de todos los niveles de la organización.

El cambio organizacional sostenible tiene lugar mediante la conversación y la colaboración, no mediante la acción unilateral de unos pocos. Es importante decidir qué, cómo y cuándo medir y evaluar los avances.

- 5) Capacitación individualizada y estímulo. Luego de seleccionarse los aprendizajes de las pruebas piloto y una vez montada la infraestructura adecuada, la capacitación para el cambio debe hacerse de manera tan individualizada como sea posible. Se requiere liderazgo, alta dirección y alto apoyo, para crear competencia y compromiso en los colaboradores. Asimismo, se deben usar los errores como oportunidades para futuros aprendizajes y elogiar los avances. Si no se hace una prueba piloto del proyecto, la organización no aprende qué se necesita para apoyar el cambio.
- 6) Hacer lo que se predica, medir, elogiar los avances y reorientar cuando sea necesario. La clave para desarrollar a las personas y crear grandes organizaciones es sorprender a unas y otras haciendo bien las cosas y acentuar lo positivo.
- 7) Un cambio debe pasar a formar parte de la cultura de una organización, entendiendo por cultura las actitudes, las creencias y las pautas de comportamiento predominantes que caracterizan el funcionamiento de una organización.

La mejor manera de modificar la cultura es regresar a la Visión de la organización y examinar sus valores. Hay que identificar qué valores apoya la nueva Visión y cuáles no, y elegir los más críticos. Luego definir los comportamientos coherentes con los valores y crear recompensas y sistemas de responsabilidad por los comportamientos congruentes con dichos valores.

- 8) Explorar las posibilidades y opciones antes de elegirse un cambio específico. Quienes se encuentran más cercanos a los problemas y las oportunidades son quienes sugieren las opciones que ha de considerar el equipo de liderazgo para el cambio. Las opciones deben ser revisadas por una muestra representativa de aquellos a quienes se les pide cambiar.

Responder a las preocupaciones de los demás y prestar atención a la manera de aumentar la participación y la influencia en cada una de las etapas del proceso de cambio es el mejor modo que se conoce de crear receptividad, capacidad y liderazgo para el cambio.

Cuando las personas lideran al más alto nivel, hacen del mundo un mejor lugar porque sus metas se concentran en el bienestar mayor. Hacer un mundo mejor

exige un tipo especial de líder: el líder de servicio. El liderazgo tiene dos facetas: la visión y la ejecución. En su faceta visionaria los líderes definen la dirección. Es su responsabilidad comunicar aquello con lo que se identifica y lo que desea lograr la organización. Una vez que los colaboradores tienen claro hacia donde van, el papel del líder pasa a ser el de una mentalidad de servicio para la labor de ejecución, el segundo aspecto de liderazgo. Es allí donde entra en juego el aspecto de servicio de liderazgo; ayudar a las personas a lograr sus metas.

En el estudio de la interacción entre el éxito organizacional, el éxito de los colaboradores, la lealtad de los clientes y el liderazgo, se examinaron dos tipos de liderazgo el estratégico: el *qué*: asegura que todos vayan en la misma dirección; visión clara, alineación de valores y manifestación de iniciativas de indispensable ejecución o imperativos estratégicos que la organización debe realizar y el liderazgo operativo proporciona el *cómo*: comprende políticas y procedimientos, los sistemas y los comportamientos por parte del líder que descienden en cascada desde la alta gerencia hasta los colaboradores que se relacionan directamente con los clientes. El operativo es el aspecto de ejecución del liderazgo, o la parte de liderazgo del liderazgo de servicio.

La gran conclusión de dichas investigaciones es que el aspecto de liderazgo del liderazgo de servicio, es decir el liderazgo estratégico, es importante, porque la visión y la orientación ponen las cosas en marcha pero la acción real viene con el aspecto del servicio de liderazgo de servicio, es decir, con el liderazgo operativo. Si la visión y la orientación son convincentes y generan motivación, y los líderes las implementan exitosamente a los ojos de los colaboradores y los clientes, la vitalidad organizacional y el triunfo están garantizados.^{51/}

En el ensayo que pretende explicar porque algunas compañías dan el “salto y otras no, el autor señala que un líder necesita voluntad y humildad. Voluntad de sacar adelante una visión y humildad para darse cuenta que el liderazgo no tiene que ver con el líder, sino con las personas y lo que necesitan.^{52/}

Es bueno tener un plan y armada una estructura, pero es indispensable estar siempre vigilante y determinar si sirve la estructura al líder, a sus clientes y a sus colaboradores y, si no es así, cambiarla.

Hay dos pruebas para un líder. La primera es si obtiene resultados. La segunda, si tiene seguidores. Dicho sea de paso, si no tiene seguidores, es muy difícil obtener resultados de largo plazo.

Ser líder de servicio es practicar el poder compartido y la alta participación. Los colaboradores deben actuar como dueños. En las organizaciones de alto desempeño, los líderes de servicio promueven la participación entre sus colaboradores de todos los niveles y de diversas áreas de la empresa en la toma de decisiones complejas y estratégicas.

^{51/} Blanchard, Scott; Drea Zigarmi y Vicky Essary. Leadership Profit Chain, Perspectives. Escondido California: The Ken Blanchard Companies, 2006. Citado en Liderazgo al más alto nivel. Cómo crear y dirigir organizaciones de alto desempeño. Kenneth Blanchard. Grupo Editorial Norma. Escondido Baja California, 2007. Pág. 335.

^{52/} Collins, Jim. “Good to Great: Why Some Companies Make the Leap and Others Don’t . Nueva Cork: Harper Collins, 2001.

No es posible compartir el poder y la toma de decisiones sin creer que las personas pueden manejarlos de manera responsable si se les proporciona la capacitación y la información adecuadas y se les brinda la oportunidad.

El liderazgo de servicio debe propiciar que cada quien aproveche sus fortalezas y vea sus debilidades como fortalezas por desarrollar.

2.2 IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS: ESTUDIOS GENERACIONALES.

Las políticas públicas son todos los planteamientos de solución pública defendibles y que tienen las siguientes características.

- ✓ Se desarrollan en un campo multidisciplinario que estudia los problemas públicos y los mecanismos de la sociedad para enfrentarlos.
- ✓ El poder de argumentar en público es la piedra angular de las políticas públicas.
- ✓ Su publicidad, responde al interés nacional y estratégico de un asunto, no se da por hecho, se sostiene públicamente mediante debate, votaciones, plebiscito y referéndum. En esta perspectiva el asunto se decide solamente por el público.
- ✓ Implica el diseño de modelos de las situaciones en donde al menos hay tres actores: a) el que toma la decisión; b) los grupos vinculados a la toma de decisiones; y, c) el público.
- ✓ Visión hacia el futuro, es decir, se decide qué se va a hacer hoy para obtener resultados mañana.^{53/}

En el proceso de una política pública hay más que decisiones, existe deliberación pública, actividades de información y argumentación explicativa basadas en evidencia empírica y argumentación justificada referida a valores, mediante las cuales se ofrecen al ciudadano las razones por las que un gobierno decidió hacer una cosa y no la otra.^{54/}

Los valores de equidad, eficiencia, calidad y dignificación del ciudadano permean el proceso de las políticas públicas.

Algunas de las principales preocupaciones de los analistas de políticas públicas, ha sido estudiar por qué aún en los casos que estas fueron

^{53/} Cuevas Renaud Corina Margarita. *Desarrollo de un modelo para la Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas en Salud a partir de un Estudio de Caso. Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino*. Tesis doctoral, UNAM. México, 2003. Pág 4.

^{54/} Majone, Giandomenico. *Los usos de análisis de políticas* en Aguilar Luis F. Tomo II. La Hechura de las políticas. Colección Antología de Política Pública. Miguel Ángel Porrúa. Tercera edición. México, 2000.

cuidadosamente diseñadas, en el proceso de ponerlas en acción, surgen una serie de situaciones y factores que dificultan o de plano impiden su adecuada implementación. Algunos analistas identifican que no se puede separar la implementación, del diseño y de las otras etapas de la política porque es un proceso dinámico; Ello coincide con lo que el Liderazgo situacional señala que el liderazgo de servicios incluye al liderazgo estratégico que se refiere a la visión, los valores, los objetivos y las metas, y el operativo, que incluye políticas y procedimientos.

En la revisión del Proceso de las Políticas Públicas, el autor señala que muchos líderes encargados de elaborar las políticas llegaron a considerar al proceso un conjunto diferenciado de movimientos: primero se define el problema; luego, un conjunto completamente distinto de actores, implementa la opción de la política pública elegida y en una tercera etapa, se define la evaluación. Pareciera que ellos preferían un proceso episódico y desarticulado en lugar de uno continuo y progresivo; un fenómeno que fuera más adecuado para la agenda del encargado de elaborar las políticas, a uno que durara toda la vida de una política pública determinada, sin embargo, añade el autor, las etapas no son unidireccionales y tienen la capacidad de retroalimentación y que más que desechar el proceso de las políticas, lo que se debe buscar es una mejor inteligencia que conduzca a un mejor gobierno.^{55/}

Charles Jones propone un sistema de interpretación que permite descomponer analíticamente el trabajo político y administrativo en cinco categorías: la inclusión en la agenda, la elaboración y legitimación de soluciones, la aplicación, la evaluación y la terminación.^{56/}

^{55/} De León Peter. *Una revisión del proceso de las políticas: de Lasswell a Sabatier* en Gestión y Política Pública. Vol. VI. Núm. 1. México. Primer semestre de 1997. Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE. Pags. 8 y 9

^{56/} Jean- Claude Thoening. *Política Pública y Acción Pública en Gestión y Política Pública*. Vol. VI. Núm. 1. México. Primer semestre de 1997. Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE. México, Pag. 24

Cuadro 13
Síntesis de Estudios Generacionales

	Estudios Generacionales								NGP	GpR / BID
	Primera Generación (1970-1975)		Segunda Generación (1975-1980)							
	estudios de caso o fracasonomía		Top-down		Bottom-up	Macro y micro implementación	Diseño Retrospectivo	Postpositivistas		
Autores	Pressman y Wildasky	Eugene Bardach	Van Meter y Van Horn	Sabatier y Mazmanian	Linder y Peters/ Michael Lipsky/ Walter Williams	Paul Berman	Richard Elmore	Sabatier, Goggin/DeLeon		
Definición del Problema	Diseño claro y sencillo. No separar implementación de diseño.	En el escenario señalar qué problema aminoraría, además del estado del mandato.	Condiciones económicas, sociales y políticas, naturaleza de la opinión pública.	Disponibilidad de teoría, técnica y tecnología.		No es posible desarrollar teorías válidas de aplicación universal.		Análisis de las necesidades de los individuos y de las organizaciones.	Punto de Partida, análisis de las necesidades de los individuos y de las organizaciones.	Definición del problema, identificación de involucrados
Visión, Objetivos y Metas	Participantes con actitud positiva, convencidos.	Determinar qué se espera y estimar costo.	El éxito se medía por el grado de alcance de los objetivos. Metas generales enunciadas en la decisión política. Claridad en el establecimiento de normas, estándares y objetivos.	Objetivos claros y consistentes. Impactos reales e impactos percibidos de la política pública.	Los Programas deben ser compatibles con los deseos y las esperanzas de los funcionarios de los niveles bajos. Los objetivos tienden a ser ambiguos, vagos o conflictivos. Es difícil medir cumplimiento de objetivos; los clientes no son una buena referencia porque no hay opción.	No hay una misma visión de quien impuso la política, con quien diseña las estrategias de implementación ni con quien la implementa.	Planteamiento del objetivo. Esbozo de un mapa de acciones; descripción de los principales actores políticos y sus acuerdos y determinación de la tecnología necesaria.	Consulta durante su proceso de desarrollo; Centrado en la realización de los objetivos. Medidas sobre efectividad y resultados.	Centrado en la realización de objetivos, políticas y programas. Medir resultados a través de indicadores.	Alinear las instituciones, especialmente de sus directivos, con el plan de gobierno. Análisis de objetivos y alternativas de solución. Matriz de indicadores.
Poder y Cultura Jerárquica	La multiplicidad de participantes y perspectivas resulta inconveniente.	Muy difícil coordinar, controlar y dirigir a todos los actores. Un solo dirigente, el fixer.	Ferío control jerárquico.	Integración jerárquica intra e inter instituciones. Contratación de agencias implementadoras.	burócratas toman decisiones dentro de límites impuestos. Conducta discrecional, elemento necesario.	No es posible que lleven a cabo la política de manera automática. Concordancia de prioridades entre diferentes niveles de gobierno.	La negociación es un aspecto fundamental. Éxito capacidad de formar coaliciones, dirimir discordias. Reciprocidad; control jerárquico; discrecionalidad y negociación.	Acuerdo entre las partes internas y externas del Gobierno.	Orientación al cliente.	Descentralización organizativa y delegación de responsabilidades.
Información y Capacitación	Los participantes deben contar con gran intensidad y fortaleza de recursos	Para escribir un escenario se requiere información, imaginación y experiencia así como diversas teorías.	Comunicación inter-organizacional. Actividades de inducción.	Compromisos y habilidades del liderazgo	Identificar red de actores involucrados; cuestiona sus metas, estrategias y contactos. Importancia información.	Conocer y analizar la organización en su conjunto.		Incentivos y restricciones.		Integrar la cadena de valor mediante los sistemas de información y dirección. Adaptarse al cambio y a las demandas de los ciudadanos.
Trabajo en equipo	Trabajo de convencimiento	El diseño de la política, debe procurar prever jugadores, juegos e intereses; busca minimizar el juego de dirección. Establecer elementos para evitar la resistencia masiva.	Conocimiento de la política; orientación de respuesta a la misma y la intensidad de su respuesta. Incentivos para estimular la participación.	Apoyo público;	Hay un Divorcio entre quienes diseñan y quienes operan.	Los operadores deben de elegir entre adaptar los planes del proyecto a su comportamiento habitual o adaptar su comportamiento al plan.	Considerar los actores que pueden ser incorporados en coaliciones de apoyo, líderes de grupo interesados en el asunto público e intelectuales.	Democratización Vs. Facultamiento. Por medio de analistas conocer necesidades de los clientes/ciudadanos.	Gestión descentralizada y efectiva.	Descentralización organizativa, delegación de responsabilidades a los directivos de todos niveles; integración horizontal y vertical.

Fuente: elaborado con base a la consulta bibliográfica realizada para esta Investigación, las fuentes consultadas por autor se especifican en la descripción de los autores más representativos de cada generación.

Primera generación (1970-1975). La primera generación es conocida como la de los estudios de caso o la fracasonomía de los estudios de implementación.^{57/}

En esta generación los estudios estuvieron fundamentalmente enfocados a describir mediante informes muy detallados, los numerosos obstáculos que enfrenta una política pública para conseguir su implementación con éxito. Son estudios eminentemente descriptivos y en ningún caso prescriptivos o propositivos.

Solo unos cuantos de esos estudios reconocían la necesidad de entender por qué fracasaba el proceso o tenía éxito. Entre quienes si reconocían esta necesidad y que hicieron valiosas aportaciones destacan Pressman y Wildavsky y Eugene Bardach.

Pressman y Wildavsky,^{58/} señalan que cuando un programa está caracterizado por muchos criterios contradictorios, relaciones antagónicas entre los participantes y un alto nivel de incertidumbre con respecto a las posibilidades de éxito, resulta fácil explicar las fallas en los esfuerzos para alcanzar sus objetivos.

Los cinco ejes principales sobre los cuales Pressman y Wildavsky llevan a cabo la discusión del fracaso son:

1. Multiplicidad de participantes y perspectivas. Cuando un programa depende de muchos actores, es muy alta la probabilidad de que se presenten desacuerdos y con ello demoras. Se requiere de un trabajo de convencimiento extraordinario;
2. Multiplicidad de decisiones;
3. La presencia de dos metas y dos cursos de acción;
4. El surgimiento de decisiones inesperadas. Dentro de los cursos de acción se tienen que tomar decisiones que no se contemplaron;
5. La anatomía de la demora. La implementación exige una inversión considerable de esfuerzos y recursos, si se realizara un cálculo para visualizar si los probables beneficios justifican los esfuerzos no debiera sorprendernos si se descubre que sería mejor la *no* implementación del programa. Señalan que si los participantes muestran una actitud positiva, gran intensidad y fortaleza en sus recursos resultará una demora mínima sin negociación; si los participantes se caracterizan por tener una actitud negativa y gran intensidad de recursos, entonces la demora será máxima respecto a los puntos esenciales del programa; si la actitud es favorable, aunque la intensidad de sus recursos sea poca, la demora será mínima y sin negociación, pero si prevalece una actitud negativa y poca intensidad

^{57/} Lester J., Bowman, A. Goggin., M, y O'Toole Jr. *Public Policy implementation: Evolution of the Field and Agenda for Future Research*. Policy Studies review. Autumn 1987, Vol 7, No. 1.

^{58/} Pressman Jeffrey L. y Aaron Wildavsky. *Implementation*. Berkeley University of California Press, Oakland project, 1973.

en sus recursos, entonces se producirá una demora moderada con cierta negociación.

Las dos principales recomendaciones de Pressman y Wildavsky son:

1. La implementación de una política pública no debe separarse de las otras etapas de su diseño: gestación, estructuración de la agenda gubernamental y evaluación ya que no son etapas independientes, más aún, no es posible ni conveniente establecer los límites de inicio y fin de cualquiera de ellas; y,
2. El diseño de una política pública debe ser lo más sencillo posible.

Convergencias y divergencias con el Modelo de Liderazgo Situacional:

El Modelo de Liderazgo Situacional no ve como un problema la existencia de muchos participantes, partiendo del hecho que si éstos toman parte desde la definición de Visión, valores y metas, tienen acceso a la información y se les capacita, toman decisiones que permiten alcanzar los resultados esperados. Esto coincide cuando Pressman y Wildavsky señalan la necesidad del trabajo de convencimiento. Compartir información, ayuda a convencer a los demás. El desconocimiento, genera angustia y rechazo.

En el Modelo de Liderazgo Situacional, la definición de valores debe ser jerarquizada, ya que la toma de decisiones implica lucha entre valores y con ello el tomador de decisiones sabe qué valor debe predominar. Ello coincide con el temor a que dos metas y dos cursos de acción conlleven al fracaso de la Política. Si hay una visión clara y valores jerarquizados las metas no se deben contraponer.

En cuanto a la existencia de demora, el Modelo de Liderazgo Situacional señala que se requiere proporcionar la plataforma, sistemas y estructura, para generar una respuesta rápida a los obstáculos y oportunidades que se presenten. Además de que hay que estar atentos para determinar en cualquier momento si la estructura existente es la adecuada para el cumplimiento de los objetivos y metas.

La diferencia primordial es de enfoque. Pressman y Wildavsky señalan los factores como datos que de darse llevan al fracaso; mientras que el Modelo de Liderazgo Situacional, identifica y sugiere cómo modificarlos a fin de asegurar el éxito.

Eugene Bardach^{59/} resalta el carácter inherentemente impredecible del curso de una política pública, debido en parte a la imposibilidad de construirla racionalmente, así como por los resultados no previstos surgidos de la interacción humana. Identifica tres principales riesgos en las políticas públicas, posteriores al mandato político acordado:

1. Sublogro de los objetivos establecidos;

^{59/} Bardach Eugene. *The Implementation Game: What happens after a bill becomes a law.* Cambridge MIT Studies in American Politics in Public Policy. 1978.

2. Demoras; y,
3. Excesivos costos financieros.

Una sola estrategia de gobierno podría involucrar actividades complejas e interrelacionadas con varias de sus agencias, con organizaciones privadas, con asociaciones personales, con grupos de interés y con poblaciones vigilantes. El problema de la implementación surge en coordinar, controlar y dirigir a todos los actores. Bardach dice que para que la implementación sea exitosa se requiere de un *fixer* que realmente se comprometa con la política en una dinámica de resolver las dificultades inherentes al proceso de implementación.

El *fixer*, en el proceso de implementación, es la persona que está comprometida con el proyecto, que tiene recursos de todo tipo y que goza de gran prestigio, reconocimiento y solidez política.

Ante la diversidad de juegos que subyacen en la implementación que encierran las actitudes racionales de los jugadores y los grupos ante oportunidades de obtener beneficios, Bardach invita al analista de Políticas Públicas a *escribir un escenario* de tal forma que los juegos de la implementación sean previstos desde el momento en que la política pública se está diseñando. El diseño debe prever lo más exactamente posible cuáles son, o deberían ser, los probables jugadores, juegos y apuestas.

Bardach dice que para escribir un escenario que sirva, se requiere de información, imaginación, experiencia y también de la existencia casi indispensable de buenas teorías económicas, sociológicas y políticas, respecto al funcionamiento del mundo.

Un juego de gestión se enfrenta con las fuerzas entrópicas de naturaleza social donde la energía se disipa sin que se pueda reemplazar por calor y no hay una solución única ni tampoco permanente. Con base en ello, la recomendación para los diseñadores de políticas públicas es diseñar programas claros y simples que demanden tan poca gestión como sea posible; ya que los programas con altos niveles de competencia, con coordinación interorganizacional y métodos sofisticados para hacer compatibles diversidad y heterogeneidad son vulnerables, aunque no se deben considerar fracaso de antemano, sí están sentenciados a tener muchos problemas.

La guía que propone Bardach al escribir un escenario es:

1.- Concepto básico de la política:

- Definir el estado del mandato de política que se espera ver implementada;
- Señalar qué problema aminorará o resolverá;
- Determinar qué se espera de la intervención gubernamental;
- Estimar los costos financieros y de cualquier otro tipo.

2.- Construyendo un inventario:

- Identificar los elementos necesarios;

- Determinar los controles a estos elementos.

3.- La estrategia de dirección:

- Definir cómo se puede diseñar de manera que minimice el juego de dirección;
- Identificar cómo se van a tratar los problemas de entropía social: incompetencia, variabilidad de instrumentos de control; y, coordinación.

4.- Dilemas de la administración:

- Identificar los elementos esenciales para el éxito de la política y si estos están controlados por personas o grupos que se resisten o son poco cooperativos;
- Establecer qué elementos se han introducido en el diseño para evitar la resistencia masiva.

5.- Desviación de recursos:

- Determinar los posibles juegos que se podrían poner en acción para desviar recursos y, en su caso, cómo neutralizarlos.

6.- Desviación de objetivos:

- Identificar los posibles juegos que se podrían poner en acción para desviar los objetivos y, en su caso, cómo neutralizarlos.

7.- Desperdicio de energía:

- Distinguir los posibles juegos que se podrían poner en acción que minarían la energía de la gente e impedirían un cambio constructivo, y, en su caso, cómo neutralizarlos.

8.- Retraso o demora:

- Establecer cómo reunir todos los elementos del Programa para reducir la demora;
- Describir cómo evitar la demora en la toma de decisiones colectivas.

9.- Fijando el juego:

- Determinar los directivos que pueden y quieren jugar el juego de Fixer;
- Referir los posibles juegos que se podrían poner en acción que minarían la energía de la gente e impedirían un cambio constructivo, y, en su caso, cómo neutralizarlos.

En resumen, Bardach propone para implementar con éxito una política pública lo siguiente:

- ✓ Reconocer que la implementación es un proceso de ensamblaje que se caracteriza por la interacción de muchos actores semi autónomos, cada uno de los cuales busca tener acceso a los elementos del programa y controlarlos, y al mismo tiempo, obtener las mejores ventajas en relación con otros actores que también intentan tener acceso a los elementos que les den el control.
- ✓ Contar con una buena teoría que sustente la política pública.
- ✓ Plantear objetivos factibles.
- ✓ Para evitar la entropía, se deben elaborar programas sencillos que requieran de poca gestión.
- ✓ Identificar el sistema de juegos que subyacen en la implementación.
- ✓ Escribir el escenario.

Convergencias y divergencias con el Modelo Situacional:

Bardach define al líder, al fixer, como un controlador, a diferencia del Modelo de Liderazgo Situacional que plantea un liderazgo de servicio que desde la definición de la Visión haga partícipes a los demás: dirige, capacita, delega y faculta.

Si se cuenta con una visión y valores compartidos, con base en ello el Modelo de Liderazgo Situacional señala la necesidad de plantear metas que aseguren un reto pero que sean alcanzables, susceptibles de seguimiento, y con límite de tiempo, lo que hace que los objetivos sean factibles.

Bardach habla de programas que requieren poca gestión. El Modelo Situacional se refiere a un liderazgo en cascada, un autoliderazgo que permita organizaciones exitosas.

En cuanto a evitar demoras, cuando Blanchard se refiere a las organizaciones exitosas dentro del Modelo SCORES, señala la necesidad de crear sistemas y estructuras que infundan energía, a fin de que proporcionen la plataforma para una rápida respuesta a los obstáculos y oportunidades. Es importante subrayar que Blanchard señala que en un mundo cambiante el reto no solo responder a los obstáculos sino también a las oportunidades.

Escribir un escenario pudiera coincidir con partir de una Visión, el Estado de la Política, sin embargo lo que se propone controlar y predecir. El punto de partida del Modelo Situacional es compartir, capacitar y que el líder logre que se aprovechen las fortalezas y que las debilidades, se vean como fortalezas por desarrollar. El Modelo Situacional propicia el cambio y no se vuelve víctima de él.

ص ص ص ص

Segunda generación (1975-1980). Esta segunda generación se dedicó a tratar de explicar el éxito o fracaso de la implementación, dependiendo de un modelo explícito o implícito subyacente al proceso de la misma. Un modelo jerárquico

(explícito) de mando y control con fuerte énfasis en los mandatos federales y de obediencia legal, o un modelo adaptativo (implícito) que conceptualizaba a la implementación como un cuerpo permanente de negociación y prebendas entre implementadores y usuarios.

El Modelo Situacional aunque puede decirse que converge más con el modelo adaptativo, más que negociar lo que propone es facultar.

Estos trabajos encaminados a responder qué factores determinan el éxito o fracaso de la implementación de un programa, se pueden agrupar en tres enfoques:

- 1) *Top-down* (de arriba hacia abajo). En esta perspectiva el éxito o fracaso de una política pública era medido en términos de rendimiento. Consistencia entre las acciones con la decisión política; el grado de alcance de objetivos; los factores que afectaron los resultados y cómo se reformuló, en su caso, la política a la luz de la experiencia adquirida.
- 2) *Bottom-up* (de abajo hacia arriba) que incluye el *street-level civil servant* (nivel de banqueta o nivel de servicio). Este enfoque empieza por identificar la red de actores involucrados en la prestación de los servicios y los cuestiona respecto a sus metas, estrategias y contactos.
- 3) Macro implementación y micro-implementación. En una política social, los servicios al ser proporcionados por organizaciones locales generalmente difieren de la forma como lo visualizó el gobierno federal, problema de macro-implementación. Por su parte las organizaciones locales también diseñan sus propias estrategias y mecanismos de ejecución para implementar los programas nacionales que les han sido encomendados, llamado la micro-implementación.

El primero de los esfuerzos en el marco de este enfoque, fue desarrollado por Donald Van Meter y Carl Van Horn^{60/}. Estos autores proponen un modelo sistémico de ejecución de las políticas a fin de tener mayor probabilidad de conocer el proceso mediante el cual las decisiones políticas se ponen en acción.

Variable dependiente:

- Eficacia de la implantación.

Variáveis independientes:

- Estándares y objetivos: metas generales enunciadas en la decisión política.
- Recursos: Fondos u otros incentivos para facilitar o estimular la implementación efectiva.
- Comunicación interorganizacional y actividades de inducción. Claridad en el establecimiento de normas, estándares y objetivos.

^{60/} Van Meter, Donald S. y Carl E. Van Horn. *El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual* en Aguilar Villanueva Luis F. Tomo IV: La implementación de las Políticas. Colección de Antologías de Política Pública. Miguel Ángel Porrúa. Tercera Edición. México, 2000.

- Características de las agencias responsables de la implementación: tamaño del grupo de asesores, grado de control jerárquico y vitalidad organizacional.
- Condiciones económicas, sociales y políticas: recursos económicos, naturaleza de la opinión pública; y los intereses del grupo que apoya el programa.
- Actitudes de los encargados de la implementación. Hay tres elementos que pueden afectar la eficiencia en el desempeño de los encargados de la implementación: su conocimiento de la política; su orientación de respuesta a la misma; y, la intensidad de su respuesta.

Convergencias y divergencias con el Modelo Situacional:

El punto de partida del Modelo de Liderazgo Situacional es una visión y valores compartidos, metas y objetivos enunciados en la política pública. Este Modelo parte de que al participar los colaboradores, se comprometen al logro de las metas. Van Meter y Van Horn se refieren a metas generales, el Modelo Situacional a metas medibles, que signifiquen un reto alcanzable.

Ambos se refieren a brindar estímulos, aunque en el Modelo Situacional no solo se refiere a los económicos sino también a los elogios por el buen desempeño y a la reorientación cuando se observan desviaciones; el colaborador sabe constantemente si está cumpliendo con lo esperado y, en caso contrario, recibe ayuda para alcanzar sus metas.

Van Meter y Van Horn se refieren a un férreo control jerárquico mediante la claridad en el establecimiento de normas, estándares y objetivos, el liderazgo en el Modelo Situacional comparte valores y capacita a fin de que el implementador cuente con las herramientas para operar correctamente y cumplir sus metas. Blanchard lo ejemplifica al narrar que cuando él impartía clases, al inicio del curso le daba a sus alumnos el examen para que supieran que se esperaba de ellos y se concentraran en lo que debían aprender.

Van Meter y Van Horn se refieren a la vitalidad organizacional, ello se asemeja a la necesidad de infundir energía en las organizaciones a fin de lograr que sean exitosas.

Van Meter y Van Horn dicen que el conocimiento de los encargados afecta el éxito de una política; el Modelo Situacional plantea la necesidad de darle herramientas al encargado, capacitación individual y permanente, para que pueda cumplir sus metas.

Por último, Van Meter y Van Horn inculpan del fracaso a la realidad social existente, el Modelo de Liderazgo Situacional señala la posibilidad de cambiarla.

ص ص ص ص

Otros esfuerzos desarrollados dentro del marco de este primer enfoque fueron llevados a cabo por Sabatier y Mazmanian.^{61/} En la visión de estos autores el

^{61/} Mazmanian Daniel y Paul Sabatier. Citado en Cuevas Renaud Corina Margarita. *Desarrollo de un modelo para la Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas*

papel crucial del análisis de la implementación es la identificación de las variables que afectan el logro de los objetivos durante todo el proceso. Estas variables pueden ser divididas en cuatro grandes categorías:

- 1) Manejo del problema:
 - a. Disponibilidad de teoría, técnica válida y tecnología;
 - b. Diversidad del comportamiento del grupo objetivo;
 - c. Representatividad del grupo objetivo en la población total; y,
 - d. Magnitud del cambio del comportamiento requerido.
- 2) Habilidad de los estatutos para estructurar el proceso de implementación:
 - a. Objetivos claros y consistentes;
 - b. Incorporación de la teoría causal adecuada;
 - c. Integración jerárquica intra e inter instituciones;
 - d. Reglas de decisión de las agencias implementadoras;
 - e. Contratación de agentes implementadores;
 - f. Acceso formal a los externos.
- 3) Efecto de una red de diversas variables políticas en el balance de los objetivos establecidos.
 - a. Condiciones socioeconómicas y tecnología;
 - b. Apoyo público;
 - c. Actitudes y recursos de los distritos electorales;
 - d. Apoyo de los soberanos;
 - e. Compromiso y habilidades de liderazgo de los oficiales implementadores.
- 4) Etapas en el proceso de implementación, variables dependientes:
 - a. Resultados de las agencias implementadoras;
 - b. Resultados de la política pública;
 - c. Impactos reales de la política pública;
 - d. Impactos percibidos de la política pública;
 - e. Mayor revisión del estatuto.

Convergencias y divergencias con el Modelo de Liderazgo Situacional:

Sabatier y Mazmanian hablan de objetivos claros y consistentes. Esto es coincidente con el establecimiento de valores jerarquizados, metas claras y precisas que postula el Modelo de Liderazgo Situacional.

en Salud a partir de un Estudio de Caso. Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino. Tesis doctoral, UNAM. México, 2003. Pág. 37.

Cuando se refieren a las habilidades de liderazgo de los implementadores, coincide con la capacitación permanente e individualizada en el Modelo Situacional. Sin embargo, los implementadores de Sabatier y Mazmanian son externos, como consultores.

Cuando alude a la revisión del estatuto, converge con la revisión permanente de la estructura, a fin de ver si es la adecuada para lograr los objetivos planteados que se señala en el Modelo Situacional.

Sabatier y Mazmanian hablan de reglas de decisión de las agencias implementadoras; a diferencia del Modelo Situacional que habla de brindar herramientas y un amplio, aunque paulatino, margen de decisión a los implementadores.

Otro modelo correspondiente a este enfoque top-down fue el desarrollado por George Edwards^{62/} quien identificó cuatro factores que afectan la implementación: 1) comunicación; 2) recursos; 3) disposición de los implementadores; y, 4) estructura burocrática.

Coincide en la necesidad de comunicar y a diferencia del Modelo Situacional toma la disposición de los implementadores como un hecho y no como algo que un liderazgo adecuado pueda cambiar.

Gustavo Merino señala que la descentralización educativa en México, tuvo un enfoque de arriba abajo, y respalda su afirmación con el hecho de que la Federación mantuvo para sí importantes facultades, incluida la determinación de los planes y los programas de estudio en todo el país, el establecimiento de lineamientos respecto al uso de material didáctico, la provisión de la mayor parte del financiamiento educativo y la regulación de la capacitación de los maestros.^{63/}

Bajo el enfoque de Bottom-up, la política pública se determina por el pacto (explícito o implícito) entre los miembros de la organización y sus clientes. De aquí que Linder y Peters^{64/} expresan que los programas deben ser compatibles con los deseos y las esperanzas o, al menos, con los patrones de conducta, de los funcionarios de los niveles bajos.

^{62/} Lester J. Bowman, A. Goggin. Y OToole. Citado en Cuevas Renaud Corina Margarita. *Desarrollo de un Modelo para la Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas en Salud a partir de un Estudio de Caso. Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino*. Tesis doctoral, UNAM. México, 2003. Pág. 40.

^{63/} Merino Juárez, Gustavo A. *Las Transferencias de la Educación Federal en México: una evaluación de sus criterios de equidad y eficiencia* en Gestión y Política Pública. Vol. VI. Núm. 1. México. Primer semestre de 1997. Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE. México, 1997. Pág. 78.

^{64/} Lester J. Bowan A. Goggin y O´toole. Citado en Cuevas Renaud Corina Margarita. *Desarrollo de un modelo para la Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas en Salud a partir de un Estudio de Caso. Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino*. Tesis doctoral, UNAM. México, 2003. Pág. 40.

El principal exponente de este enfoque es Michael Lipsky^{65/} que dice que las políticas públicas son mejor comprendidas por la burocracia que en forma cotidiana trabaja en las oficinas que por quienes las diseñaron. Dice que estos burócratas diariamente toman decisiones dentro de los límites impuestos por ellos mismos y por la propia estructura de su trabajo.

Para Lipsky, los trabajadores del servicio público que interactúan directamente con los ciudadanos durante su labor, y que tienen discreción sustancial en la ejecución de su trabajo son llamados *burócratas a nivel banqueteta*.

La discreción de que gozan los burócratas a nivel operativo no puede ser eliminada de sus trabajos, porque contribuye a legitimar el servicio del bienestar estatal, *pero esto no significa que los burócratas de banqueteta estén de acuerdo con las bondades de la intervención estatal en la que participan*.

Lipsky resalta que situaciones que experimentan los burócratas de banqueteta:

- 1) Los recursos son generalmente inadecuados para las tareas que realizan;
- 2) La demanda de servicios tiende a incrementarse;
- 3) Los objetivos de las dependencias gubernamentales tienden a ser ambiguos, vagos o conflictivos;
- 4) La ejecución orientada hacia el cumplimiento de los objetivos tiende a ser difícil sino imposible de medir;
- 5) Para los clientes suelen ser la única opción por lo que ellos no sirven de grupos de referencia.

El objetivo central del trabajo de Lipsky no es la construcción de un modelo sobre implementación, sino presentar las evidencias y argumentos de por qué la burocracia de banqueteta desempeña un papel clave y así entender la complejidad de la implementación de una política pública. Sin embargo, estos argumentos permiten identificar elementos que debiera contener un modelo que asegure el éxito de una política.

Convergencias y divergencias con el Modelo Situacional:

Lipsky aunque habla de la importancia y necesidad de que los ejecutores puedan tomar decisiones, señala que estos no están necesariamente de acuerdo con las bondades de la política. El Modelo Situacional parte de que se debe tener una Visión y valores compartidos, capacitar a los colaboradores, facultar y delegar.

Este Autor señala objetivos ambiguos. Ese es punto de partida que identifica el Modelo de Liderazgo Situacional: definir Visión y valores claros; y con base en ello, establecimiento de objetivos y metas medibles. Además añade que los objetivos son difíciles de medir; Blanchard señala que se deben definir metas claras y mesurables.

^{65/} Lipsky, M. Street Level Bureaucracy. Citado en Cuevas Renaud Corina Margarita. *Desarrollo de un Modelo para la Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas en Salud a partir de un Estudio de Caso. Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino*. Tesis doctoral, UNAM. México, 2003. Pág. 41.

Lipsky señala que los clientes al no tener opción no son una buena referencia. Blanchard dice que la política debe estar orientada totalmente a la satisfacción del cliente, pero eso requiere un cambio de cultura tanto del cliente como del servidor público.

Otro de los esfuerzos realizados dentro de este enfoque es el trabajo de Walter Williams.^{66/} Dentro de los principios que propone Williams sobresale el que la conducta discrecional es un elemento necesario en la prestación de un servicio adecuado; que el interés central de la administración debe ser el compromiso hacia los objetivos del programa; que el proceso de implementación debe tener la flexibilidad necesaria para llevar a cabo los ajustes necesarios ante sucesos inesperados; señala la importancia de la información, de manera que se conozca el papel y el estatus de la gente que labora en la organización.

Convergencias y divergencias con el Modelo de Liderazgo Situacional:

Esta visión converge en gran medida con el Modelo de Liderazgo Situacional sobre la importancia de la información, de la flexibilidad y del conocimiento de la gente que labora en la organización. Sin embargo, más que una conducta discrecional, el Modelo de Liderazgo situacional explica que al facultamiento y a que la libertad de decisión, le anteceden una visión compartida, valores jerarquizados y capacitación. Se considera importante destacar que a diferencia de los otros autores de este enfoque, Williams no tiene una actitud derrotista, al dejar abierta la posibilidad de ajustes ante cambios inesperados.

El tercer enfoque de esta segunda generación fue desarrollado por Paul Berman en 1978. Berman afirma que uno de los graves errores que se ha cometido al implementar una política es el de suponer que la organización la lleva a cabo de una manera automática. Berman considera que en el ámbito de la macro-implementación se define y establece el quién, la naturaleza, el cuándo y el cómo de los beneficios resultantes de ponerla en acción.^{67/}

Berman añade que el proceso de implementación es muy complejo, que depende del contexto donde se ejecute y, por lo tanto, no es posible desarrollar teorías válidas de aplicación universal.

Berman resalta que la concordancia de prioridades entre el gobierno local y federal es vital. Dice que en la implementación los operadores tienen que elegir entre adaptar los planes del proyecto a su comportamiento habitual o adaptar su comportamiento al plan.

Convergencias y divergencias con el Modelo de Liderazgo Situacional:

Berman señala que no se puede esperar que las personas lleven a cabo la política de manera automática. Esto coincide con el Modelo de Liderazgo Situacional cuando identifica como una de las principales causas del fracaso de

^{66/} Walter, Williams. Citado en Cuevas Renaud Corina Margarita. *Desarrollo de un modelo para la Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas en Salud a partir de un Estudio de Caso. Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino.* Tesis doctoral, UNAM. México, 2003. Pág. 40.

^{67/} Berman, Paul. *El estudio de la macro y micro-implementación* en Tomo IV. La implementación de las Políticas Públicas. Aguilar Villanueva, Luis F. Colección de Antologías de Política Pública. Miguel Ángel Porrúa. Tercera Edición. México, 2000.

los cambios el que las personas que lo lideran piensan que anunciarlo es lo mismo que ejecutarlo.

Berman dice que los ejecutores deciden entre adaptar el Plan a su comportamiento o su comportamiento al Plan. Conforme el Modelo de Liderazgo Situacional, involucrando a los ejecutores desde el diseño de la Visión y valores, compartiendo información, y capacitando se puede lograr adaptar o dirigir el comportamiento.

Berman toma como dados los deseos, esperanzas y patrones de conducta de los implementadores y no como algo que se puede cambiar compartiendo información, capacitando, retroalimentando y facultando.

En los siguientes años se produjeron críticas hacia los dos anteriores enfoques de implementación que resultan en al menos tres enfoques alternativos que incorporaron las mejores características de ambos enfoques.

El primero de estos intentos se produjo en Estados Unidos y fue desarrollado por Richard Elmore.^{68/} Elmore describe el diseño prospectivo, donde las principales tareas son: planteamiento del objetivo; diseño de las etapas necesarias para dar cumplimiento al objetivo planteado; esbozo de un mapa de acciones administrativas y disposiciones organizativas; descripción de los principales actores políticos y sus acuerdos; así como determinación de la tecnología requerida.

Elmore dice que el diseño prospectivo erróneamente da por seguro que quien diseña la política puede controlar los procesos de organización, de política, de tecnología subyacentes a la implementación y carece de explicaciones convincentes cuando una política pública no se implementa con éxito. Por ello sugiere que el diseño retrospectivo es el único que se aplica durante el proceso de implementación. Para Elmore el conocer y analizar a la organización en su conjunto, incluyendo a sus integrantes, ayudará a elegir las mejores alternativas durante el proceso de implementación. Dice que el éxito en la implementación de una política pública depende de la capacidad para formar coaliciones y dirimir los discordias entre quienes se verán afectados con ella; y en ese sentido, el diseño de una política pública flexible es invaluable. La concepción de implementación debe considerar a la negociación como uno de sus aspectos fundamentales.

Elmore dice que resulta indispensable la construcción de una estructura de análisis para la implementación que tome en cuenta:

- La reciprocidad característica de las interacciones entre superiores y subordinados en las organizaciones;
- La relación entre el control jerárquico y el incremento de la complejidad;
- La discrecionalidad como mecanismo de adaptación; y,

^{68/} Elmore, Richard. *Diseño retrospectivo: la investigación de la implementación y las decisiones políticas* en Tomo IV. La Implementación de las Políticas. Aguilar Villanueva, Luis F. Miguel Ángel Porrúa. Tercera Edición. México 2000.

- La negociación como precondition para obtener efectos en el nivel local.

Convergencias y divergencias con el Modelo de Liderazgo Situacional:

Elmore menciona que hay que formar coaliciones y dirimir los descensos, habla que la negociación es indispensable. El Modelo Situacional da la pauta del cómo: compartiendo Visión y valores, así como información; además de capacitar y facultar.

Elmore habla de una política flexible y discrecional, el Modelo de Liderazgo Situacional de que teniendo una Visión y valores claros y jerarquizados, y dando las herramientas necesarias mediante la capacitación, los ejecutores pueden tomar decisiones correctas con flexibilidad y responsabilidad.

ص ص ص ص

Una aproximación que podría ser calificada como más ambiciosa fue desarrollada por Sabatier^{69/} que en su modelo de cambio de Políticas Públicas refiere tres etapas: Formulación; implementación y reformulación.

Sabatier dice que hay dos conjuntos de variables exógenas, uno de ellos estable y el otro dinámico, los cuales afectan las restricciones y recursos del subsistema de los actores.

Por lo que respecta a las variables dinámicas de una política pública, Sabatier incluye los cambios en las condiciones socioeconómicas y un amplio sistema de coaliciones gubernamentales; estas son las características de los modelos top-down en la estructuración de las políticas públicas. En cuanto al enfoque bottom-up, el modelo propuesto considera los actores que pueden ser incorporados en coaliciones de apoyo, integradas por políticos, agentes oficiales, líderes de grupo interesados en el asunto público e intelectuales, quienes comparten un conjunto de creencias normativas y causales, corazón de las políticas públicas.

Finalmente, una tercera aproximación para sintetizar elementos de ambos enfoques top-down y bottom-up fue desarrollada por Goggin.^{70/} En este modelo de implementación de políticas públicas se argumentó que la implementación estatal es una función de incentivos y restricciones impuestas a los estados de cualquier lugar en el sistema federal –arriba o abajo– así como de su propensión a actuar y su capacidad para llevar a cabo sus preferencias. Adicionalmente señala que las elecciones estatales no son las de un solo actor racional, sino que son resultado del acuerdo entre las partes internas y externas del gobierno involucradas en las políticas estatales.

El Modelo Situacional también habla de incentivos pero no únicamente de los económicos sino también del reconocimiento sobre el buen desempeño; habla de integración y convencimiento, pero una diferencia es que busca el

^{69/} Sabatier, Paul A. *Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis*. Journal of Public Policy, 1986.

^{70/} Goggin, M. Lester, J. Bowman A y O'tole. *Public Policy Studies Review*, autumn 1987. Vol. 1, 200-216.

acercamiento a los líderes para convencer de las bondades del esquema a la ciudadanía.

ص ص ص ص

Tercera generación. La Nueva Gestión Pública. Después de dos generaciones de estudios de implementación y a más de 25 años transcurridos desde la primera generación, la preocupación en el campo del análisis de las políticas públicas continúa.

Autores como Goggin, Bowman, Lester y O'toole Jr. entre otros, han expresado que la tercera generación de estudios de implementación, debía ser aquella que hiciera referencia al conjunto de estudios que tendrían que diseñarse para la consecución de un ambicioso y difícil objetivo: construir la teoría de la implementación cuya validez descansara sobre la mayor rigurosidad científica, cuantitativa, comparativa, longitudinal y de pruebas de hipótesis.^{71/}

Por otra parte, autores como deLeon y Fische, entre los más representativos, señalan que los estudios de implementación han caído en la trampa de la investigación analítica de las políticas, que se basa en otorgar toda la atención al modelo de mercado que se esfuerza por conseguir la optimalidad de Pareto, con un rechazo general del mundo de lo político y donde precisamente la esfera de lo político no tiene condiciones de optimalidad paretiana.

Las políticas públicas, fueron concebidas como el conjunto de acciones emprendidas por las autoridades gubernamentales, con el objeto principal de resolver los problemas públicos en donde los más altos valores humanos y la propia dignidad, permean en el diseño de una política pública.

Dada la complejidad de la realidad social, cualquier intento por elucidar lo que subyace al mundo social, debe operar bajo la lógica de ambos enfoques positivista y postpositivista.

Un elemento más que no aparece ni implícita ni explícitamente en las dos primeras generaciones de estudios de implementación, pero que si se observa de manera nítida en los trabajos de algunos autores del enfoque postpositivista como deLeon, es el concepto de Democracia. En un esfuerzo por reorientar el proyecto Lassweliano inicial de las ciencias políticas, deLeon propone la *democratización* de las ciencias de políticas públicas generando para ello una metodología para la realización del análisis participativo de las políticas.^{72/}

En esencia, esta metodología consiste en la inclusión de grupos demandantes afectados en el proceso de diseño de políticas, así como en su implementación y evaluación, donde la idea es *... aumentar la participación ciudadana en la articulación y formulación de los programas de política pública. En lugar de hacer que muchos participen en las decisiones políticas reales (como ocurre en una democracia fuerte), requiere que los analistas (...) diseñen y practiquen activamente la forma de recolectar e incluir los puntos de vista personales de los ciudadanos en el proceso de formulación de políticas (...) traducir y agregar*

^{71/} Palumbo D. y Calista D. *Implementation and the Policy Process. Opening up black box*, Greenwood Press, 1990.

^{72/} DeLeon, Peter. *La Democratización de las Ciencias Políticas* en Gestión y Política Pública. Vol III. Num. 1, México, primer semestre 1994. Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE. México, 1994.

fielmente las preferencias individuales en las políticas públicas. Según March y Olsen, la suposición subyacente es que las personas confiarán más en una política si se les consultó durante su proceso de desarrollo, aun y cuando la política final no coincida con sus preferencias particulares.^{73/}

La gestión pública ha transitado de una gestión pública tradicional, a una gestión eficientista (gerencial) y después a una gestión de calidad, Nueva Gestión Pública. En este contexto, algunos países como Australia, Reino Unido y Nueva Zelanda comenzaron a realizar un conjunto de políticas con orientación al cliente, promoviendo mejorar la eficiencia y eficacia, otorgando mayor poder a los gestores públicos y fomentando una gradual separación entre los de organizaciones que toman decisiones, de los que operan.^{74/}

Había una visión dicotómica, según la cual los políticos decidían y los administradores ejecutaban o llevaban a la práctica las decisiones tomadas, la que suponía como dada la decisión de la política. Sin embargo, los problemas de políticas públicas no son datos a priori, sino resultado de definiciones. La decisión (gubernamental) de la política era el punto ciego de la administración pública. Cómo realizar lo decidido, no cómo y por qué se llegó a la decisión, era el campo teórico propio de la administración pública. En la Tercera Generación, en contraste, la decisión de las políticas comienza a colocarse en el centro de la teoría política y administrativa.

Una política es en un doble sentido un curso de acción: es el curso de acción deliberadamente diseñado y el curso de acción efectivamente seguido. No sólo lo que el gobierno dice y quiere hacer. También lo que realmente hace y logra, por si mismo o en interacción con actores políticos y sociales, más allá de sus intenciones.^{75/}

Las consecuencias inmediatas de la introducción del concepto de Cliente son que la Administración Pública debe medir y evaluar su actividad en función de lo que ofrece al ciudadano y que la actividad de la Administración se oriente hacia la creación de calidad en el servicio. El soporte teórico de la Nueva Gestión Pública, impulsada por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, y el Banco Mundial, proviene de la elección pública y las teorías gerencialistas privadas que consideran que dichas aplicaciones pueden ser implementadas de manera automática en el sector público.

^{73/}

Ibid

^{74/}

La Ley de Salud Pública del 7 de febrero de 1984, distingue tres niveles: un cometido de servicio público de salud, prestado a la población en general; un cometido social de salud, cuyos destinatarios son los derecho-habientes de instituciones públicas de seguridad social; y un cometido mercantil de salud, derivado de un contrato entre el cliente o paciente de la institución y esta misma. En los tres casos, cabría hablar diferencialmente de usuarios, beneficiarios y clientes de los servicios de salud; pero la Ley unifica la terminología, hablando indiscriminadamente de *usuarios* en todos los casos. Guerrero, Omar. *La Teoría de la Administración Pública*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. México, 1990.

^{75/}

Aguilar Villanueva, Luis F. Estudio Introductorio. Tomo II: La Hechura de las Políticas Públicas. Colección Antologías de Política Pública. Miguel Ángel Porrúa. Tercera Edición. México, 2000. Pág. 25.

Con ello, las políticas se han vuelto un lugar densamente administrativo. La complejidad, escala, variabilidad e interdependencia de los asuntos públicos requieren cada vez más información confiable, conocimiento especializado, cálculos precisos de costos y consecuencias para decisiones que se adoptan, casi siempre, en condiciones de riesgo y bajo escasez.

Los últimos años han mostrado todo un universo de exploraciones tras nuevas formas de gestión pública, en busca de eficiencia y equidad en la promulgación de leyes, en la asignación de los recursos públicos, en la atención de los problemas.^{76/} Estas exigencias sociales más firmes, sumadas a la complejidad propia de la naturaleza de las cuestiones públicas, disminuyen el solitario protagonismo gubernamental y aumenta el peso de los individuos y de sus organizaciones.

No se puede hablar de calidad de un servicio, sin incluir medidas sobre su efectividad y sus resultados. Las dimensiones de calidad deben incluir aspectos relacionados con el proceso del servicio (cómo se presta) y aspectos relacionados con los resultados del servicio o efectividad de la organización (qué se logra).

La mejora de la productividad y de la efectividad de la Administración Pública exige liderar un cambio cultural y orientar a la Administración hacia la satisfacción del ciudadano. Cruz Rubio y Petrizzo, consideran que en América Latina un porcentaje significativo de la población no se ve implicada en la formulación de políticas; que la formulación de políticas se basa en información limitada y distorsionada; que subsiste un bajo entrenamiento del personal responsable de la ejecución de la política; inadecuados recursos financieros y de información; y, tendencias a adoptar posturas autoritarias.

Adicionalmente, la ausencia de generación de modelos y tecnologías propias hace a la región más propensa a absorber paradigmas teóricos, metodologías y técnicas para la resolución de problemas públicos provenientes de otras latitudes y cuyo origen, aplicabilidad y relevancia, se basa en contextos diferentes.^{77/}

En la medida en que la deliberación pública y la rendición de cuentas sean requisitos cada vez más necesarios en la formulación e implementación de las políticas y sean más utilizadas, los gobiernos gozarán de menor discrecionalidad en función de las restricciones impuestas legítimamente por los grupos demandantes afectados. El nuevo modelo debe producir resultados sociales eficientes y eficaces, atendiendo a los costos, que es lo que preocupa a la Administración, y a la calidad, que es lo que preocupa al ciudadano.

Michael Messenet, con su obra *La Nueva Gestión Pública: por un Estado sin burocracia*, traza las líneas originales del concepto de *management* público,

^{76/} La diferencia básica entre políticas gubernamentales y políticas públicas, es que las primeras monopolizan la autoridad. En tanto que las políticas públicas democráticas se elaboran, diseñan y operan considerando a los ciudadanos, evitando de esta manera ser burocráticas y estatistas.

^{77/} Cruz Rubio, César Nicandro y Mariángela Petrizzo. *El estudio de las políticas públicas: el estado de la disciplina y la consolidación democrática en América Latina*. Madrid, España 2000.

concluyendo que la renovación de la gestión pública no se efectuará sino por la vía de la adopción de las técnicas del *management* privado.^{78/}

Una de las obras más influyentes dentro de la gestión pública es el libro de Michael Barzelay con la colaboración de Babak J. Armajani^{79/}. A partir de las experiencias alcanzadas en el Programa de Lucha por la Excelencia del Rendimiento en el Estado de Minnesota, en las cuales se discuten las limitaciones del paradigma burocrático, Barzelay propone un nuevo paradigma posburocrático basado en conceptos de los clientes, el servicio, la calidad, el valor, la flexibilidad, la innovación, el otorgamiento de autoridad y la superación continua.

Sin embargo, hay diferentes puntos de vista sobre la total aplicabilidad de los principios de la gerencia privada en la gerencia pública. Han surgido nuevos argumentos y trabajos críticos a la Nueva Gestión Pública. Así, hay autores que señalan que con los valores del gerencialismo privado se minimiza a la gestión pública, dejando de lado el reto de la gestión pública de saber conjugar con acierto los valores de la democracia y la eficiencia. Señalan, además, que más que una orientación al cliente, la gestión pública debe mejorar sus niveles de buen gobierno para alcanzar el interés público, el interés de todos los ciudadanos y no sólo de algunos clientes o consumidores, entendiéndose por buen gobierno la búsqueda de consensos, acuerdos y coordinación en la esfera de la gestión pública.^{80/}

El buen gobierno, es usado en el lenguaje político de América Latina y enfatiza la responsabilidad económica y social del Estado, mientras que el *governance* refleja la concepción estadounidense y se refiere al buen desempeño gubernamental, dado la amplia sensibilidad frente a las demandas y eficiencia administrativa y gerencial.

El Banco Mundial resume las dimensiones del buen gobierno en tres criterios fundamentales: *accountability*, referida a la obligación de los funcionarios públicos de rendir cuentas; estructura legal para el desarrollo, esto es disponer de un sistema de reglas y normas claras a ser aplicadas por la autoridad y por último, información y transparencia, de modo tal, que las agencias públicas proporcionen información confiable y oportuna a los ciudadanos.

2.3 LA NUEVA GESTIÓN PÚBLICA (NGP).

La gestión pública entraña tres aspectos internos fundamentales: 1) estratégico, cuyo punto de partida es el análisis de las necesidades de los individuos y de las organizaciones; 2) operativo, centrado en la realización de los objetivos, políticas o programas; y, 3) administrativo, relacionado con las capacidades organizacionales y funcionales para brindar atención y servicio de manera oportuna a los ciudadanos.

^{78/} Messenet (1975) citado en Omar Guerrero, *Nuevos Modelos de Gestión Pública*. Revista digital Universitaria. Vol 2. Número 3. UNAM. México, 2001.

^{79/} Barzelay Michael, Armajani Babak J. y Alan A. Altshuler. *Breaking Through Bureaucracy: A new vision for managing in Government*. University of California Press, 1992.

^{80/} Sánchez González, José Juan. *Gestión Pública y Governance*. Instituto de Administración Pública del Estado de México. México, 2006.

La gestión pública tradicional daba mayor importancia a los procedimientos y al control, mientras que la NGP busca medir resultados a través de indicadores. Conlleva a que todas las decisiones sean tomadas de acuerdo a unos principios organizacionales establecidos con base en las voluntades colectivas y ciudadanas.

Cinco elementos básicos caracterizan la NGP: a) orientación al cliente y participación ciudadana; b) eficiencia; eficacia y calidad en los resultados; c) gestión descentralizada y efectiva; d) soluciones en cuanto a prestación de servicios; y, por último, e) capacidad estratégica del gobierno. Como se puede apreciar, la NGP ofrece factores comunes a la mercadotecnia y a la planeación estratégica como son: cliente, participación, calidad, efectividad y estrategia, entre otros.

La NGP, surge como un apoyo para desarrollar en las agencias de gobierno una verdadera gerencia interna con énfasis en el liderazgo, usando estrategias y modelos del sector privado, desarrollando indicadores de gestión realistas, como también sistemas de valoración serios.

Diversos estudios demuestran que existe mayor espíritu de liderazgo en la iniciativa privada que en el gobierno, Boyatzis, por ejemplo, encontró que los gerentes del sector privado denotan niveles más altos de competencia en cuanto a conceptualización; mayores habilidades para la presentación oral, para el uso de conceptos de evaluación y de diagnóstico, para obtener el máximo de eficiencia y sobre todo, una marcada tendencia a la pro-actividad. Este mismo estudio revela que los líderes privados muestran mayor interés por los resultados, mientras que los líderes públicos, se centran más en los procesos y procedimientos.^{81/}

^{81/} Toca Torres, Claudia Eugenia. *Mercadotecnia Estratégica como Enfoque de Gestión Pública, su aplicación en México a una Organización del Gobierno Federal*. Tesis para obtener el Grado de Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales. México, 2003. UNAM. pág. 89.

Cuadro 14

Diferencias y Similitudes entre Organizaciones Públicas y Privadas

PÚBLICAS		PRIVADAS
Enfrentan el cambio en forma lenta		Presentan habilidad para cambiar rápidamente
Coordinan intereses para el diseño e implementación de políticas		Ofrecen mecanismos para coordinar intereses
Persiguen satisfacer a los niveles de gobierno superiores	Públicas y privadas Enfrentan entornos dinámicos y volátiles Atienden ciudadanos cada vez más exigentes e informados. Constantemente deben innovar procesos y modelos administrativos. Deben actuar responsablemente frente a asuntos sociales. Expuestos a la mirada y el escrutinio público. En ocasiones generan modelos excluyentes o discriminatorios.	Su fin primordial es la satisfacción de clientes.
Los directivos carecen de autonomía para tomar decisiones frente a oportunidades		Los directivos cuentan con plena autonomía y poder tomar decisiones en cualquier momento.
Líderes centrados en procesos y procedimientos		Líderes centrados en resultados
Objetivos múltiples y ambiguos, posibilidades de evaluación limitadas.		Objetivos claros y susceptibles de ser cuantificados.
Resultados difíciles de cuantificar		Resultados cuantificables mediante las utilidades.
Mayor rotación del personal		Mayor estabilidad del personal.
El proceso de monitoreo es entendido como observar reglas y regulaciones		El proceso de monitoreo equivale a supervisar de cerca al personal.

Fuente: Toca Torres, Claudia Eugenia. *Mercadotecnia Estratégica como Enfoque de Gestión Pública, su aplicación en México a una Organización del Gobierno Federal*. Tesis para obtener el Grado de Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales. México, 2003. UNAM. pág. 93.

Se considera importante señalar que durante los últimos años, pero especialmente desde la aparición del concepto de la NGP, la diferenciación entre el sector público y privado se ha convertido en una preocupación central, pero no por ello moderna. La dicotomía entre estos conceptos fue objeto de debate antes de la Primera Guerra Mundial. En 1914, un artículo en *Political Science Quarterly* establecía desde el enfoque de la administración científica, las diferencias y similitudes entre agencias de empleo públicas y privadas y concluía que las primeras pueden beneficiarse de ciertas técnicas del sector privado. Posteriormente, en 1917, otro artículo en *American Political Science Review* argumentaba que las funciones de gobierno y las empresariales son muy diferentes y en consecuencia, sus procesos varían. En este escrito, la principal diferencia resaltada era que los negocios existen por las utilidades, mientras que el objetivo del gobierno es ayudar a la gente a satisfacer sus deseos. Fue a partir de la Segunda Guerra Mundial, que los académicos tomaron posiciones claras respecto a dicha dicotomía, algunos sostenían con fundamento en el aforismo de Wallace Sayre, que público y privado son semejantes en todos los aspectos no importantes, en tanto que otros acreditaban la tesis de Howard McCurdys que un enfoque de gestión empresarial lo suficientemente honesto, quizá resultaría apropiado para un gran número de actividades de gobierno.^{82/}

Convergencias y divergencias con el Modelo de Liderazgo Situacional:

Cuando Blanchard se refiere al liderazgo del más alto nivel, lo plantea como la capacidad de influir sobre otros mediante el desencadenamiento del poder y potencial de las personas y las organizaciones para la obtención de un bien mayor. La esencia de la tercera generación de la implementación de las políticas públicas, las políticas públicas democráticas, es la búsqueda por dignificar al ser humano. El liderazgo al más alto nivel se concentra en los resultados de largo plazo y en la satisfacción humana y va más allá de la democratización para referirse al facultamiento.

La propuesta estratégica de reforma del sistema de salud presentada en 1994 por la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.^{83/} que se basa en los postulados de la NGP, contiene muchos elementos que coinciden con el Liderazgo Situacional. Así, señala que se debe fortalecer la capacidad gerencial en las organizaciones para el ejercicio del liderazgo que permita conducir a la organización hacia el cumplimiento de su misión; que ninguna estrategia organizacional puede estar completa si no incluye la creación de una cultura que promueva los valores deseados. Anota que el mejoramiento del desempeño debe ser visto como un proceso continuo y total, significando total, que todos los miembros de la organización deben contribuir al cumplimiento de la misión y que un elemento central de la nueva cultura debe ser la revalorización del consumidor.

Dicha propuesta, identifica que se requiere de un buen diseño, basado en los incentivos y un buen desarrollo basado en los valores, para que las organizaciones entren a una nueva era de desempeño excelente; y que se requiere de una masa crítica de gerentes y líderes.

Añade que la población debe ser un constructor activo del nuevo sistema de salud. Asegura que ha faltado un mecanismo para agregar la representación de los intereses de la población hacia niveles más altos del sistema de salud.

Así también señala que el sistema moderno de salud de México nació en 1943, cuando se fundaron tres de sus instituciones guía: el IMSS, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia y el primer Instituto Nacional de Salud, el Hospital Infantil de México y que si la generación presente no actúa decididamente, en 2044 es muy probable que el sistema de salud sea insuficiente, inequitativo, inflacionario, ineficiente e incapaz de brindar satisfacción y seguridad a la población.^{84/}

Hoy, 15 años después de que se publicó esta estrategia, a pesar de que el Dr. Frenk teniendo esta claridad fue titular de la Secretaría de Salud durante el sexenio pasado, que inició programas como Seguro Popular, Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento 2001-2006, no sorprende que estos programas no se instrumenten bajo la óptica de esta Estrategia: fijando valores, capacitando a fin de que todos los miembros de la organización contribuyan al logro de las metas, que la población fuera un constructor activo del nuevo

^{83/} Frenk, Julio. *Hacia la Reforma del Sistema de Salud: una propuesta estratégica*. Economía y Salud. Documentos para el análisis y la convergencia 12. Fundación Mexicana para la Salud. México, 1994. Páginas 40; 90-92; y 107-109.

^{84/} *Ibid.* Pág. 137

sistema de salud, debido a que aún está en ciernes el cambio cultural y como asegura Blanchard, no es suficiente solo enunciar el cambio.

El sector público debe reforzar su capacidad de gestión previsor y estratégica para lograr una mejor adaptación a los desafíos económicos y sociales actuales y futuros, y para dirigir los asuntos públicos de una manera más participativa. Concretamente, la transformación de la capacidad de gobernar y de la gestión pública como instrumentos de la gobernabilidad, requieren de una profunda modificación de la orientación, los valores y el contenido de la cultura pública.

Este inminente cambio de cultura es uno de los aspectos que el Banco Interamericano de Desarrollo, BID, señala en su propuesta de su modelo abierto de Gestión para Resultados, GpR. El BID pretende desarrollar un modelo conceptual de GpR que integre varios elementos básicos que sean manejados de forma modular y que, a la vez, puedan relacionarse con el arsenal de instrumentos de gestión ya disponibles y suficientemente conocidos (desde la gestión y planificación estratégica, pasando por el presupuesto por programas, hasta la calidad total y la evaluación de políticas públicas). Esta propuesta no pretende reformular ni sustituir otros instrumentos, sino integrarlos en una visión sistemática y comprehensiva de la gestión para resultados en el sector público.^{85/}

En este Modelo, el actor principal de la GpR es el directivo público gerencial, no sólo porque es el mayor usuario, sino porque es el responsable de su implantación y desarrollo.

La GpR demanda la descentralización organizativa y, en convergencia con los postulados del Liderazgo Situacional, la delegación de responsabilidades a los directivos de todos los niveles. El BID señala que al igual que la diferenciación, la descentralización, la delegación de responsabilidades y el empoderamiento, también generan riesgos de desincorporación. Como contrapeso, es necesario asegurar la alineación de las instituciones, especialmente de sus directivos, con el plan de gobierno, los valores de la democracia y añade que el antídoto contra estos riesgos es renunciar al paradigma burocrático de la dominación de la norma y el procedimiento, y ceder poder a los directivos (políticos y gerenciales) en miras a promover su responsabilidad y autonomía en la gestión del proceso de creación de valor.

El BID postula en este modelo que la GpR debe encontrar la forma de evitar que sus valores devengan en debilidades y para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Integrar la cadena de valor mediante los sistemas de información y dirección.*
- Integrar horizontalmente las distintas unidades estratégicas de acción para que actúen de forma sinérgica y aseguren la consistencia del conjunto.*

^{85/}

Serra, Alberto; Verónica Figueroa y Ángel Sanz. *Modelo Abierto para Resultados en el Sector Público*. Pág. 18. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Julio, 2007.

- *Integrar verticalmente los distintos niveles de trabajo del gobierno y de las instituciones.*
- *Integrar la propia cadena de valor de forma que se comporte como tal y no como un mero mecanismo burocrático y automático.*

Además el BID asegura que la administración pública moderna requiere de organismos con capacidades para adaptarse rápidamente a los cambios del contexto y a las demandas ciudadanas; y en coincidencia con los postulados del Modelo de Liderazgo Situacional, que se requieren cambios estructurales relacionados especialmente con la generación de mecanismos que den mayor autonomía a la acción de los gestores públicos.

Durante las últimas dos décadas en la mayor parte de los países democráticos se han desarrollado experiencias, de distinto alcance e intensidad, tendientes a implantar la GpR. En este contexto el gobierno mexicano, en ese esfuerzo por contar con elementos que permitan la evaluación de resultados, y el uso de los mismos en las decisiones de asignación del gasto, implantó un sistema de evaluación del desempeño y para ello facilitó la herramienta de la metodología de marco lógico. Esta metodología considera la definición del problema e identificación de involucrados, el análisis tanto del problema como de los objetivos y de las alternativas de solución, así como la selección de las alternativas. También incluye la matriz de indicadores, herramienta de planeación estratégica,^{86/} la cual incorpora las facilidades o riesgos que pueden influir en el éxito o fracaso del programa. Esto último coincide con lo identificado por Blanchard de prever el futuro: Visión compartida y convincente para la mayoría de aquellos a quienes se les pide cambiar.

^{86/}

Cinco etapas de la Metodología de Marco Lógico.

1. Definición del problema e identificación de involucrados. El análisis de involucrados permite optimizar los beneficios sociales e institucionales del programa. El análisis de involucrados implica identificar a todos aquellos que pudieran tener interés o que se pudieran beneficiar directa o indirectamente (pueden estar en varios niveles, por ejemplo, local, regional, nacional); investigar sus roles, intereses, poder relativo y capacidad de participación; identificar su posición, de cooperación o de conflicto, frente al proyecto y entre ellos y diseñar estrategias con relación a dichos conflictos; e interpretar los resultados del análisis y definir cómo pueden ser incorporados en el diseño del proyecto.
 2. Análisis del problema. Se debe establecer el problema central, aplicando criterios de prioridad y selectividad; definir los efectos más importantes del problema y anotar las causas posibles del problema.
 3. Análisis de objetivos. Permite describir la situación futura a la que se desea llegar una vez que se han resuelto los problemas.
 4. Análisis de Alternativas de Solución al Problema. Se proponen acciones probables que puedan, en términos operativos, conseguir el objetivo. Se debe procurar eliminar las causas más profundas del problema.
 5. Selección de alternativas. Selección de una o varias alternativas que se aplican para alcanzar los objetivos deseados. Es importante determinar los objetivos a cumplir y los que quedarían fuera del alcance del mismo. Este análisis requiere: identificación de las distintas estrategias posibles; criterios precisos que permitan elegir las estrategias; y, la selección de la estrategia aplicable al programa.
- Matriz de Indicadores:* Es una herramienta de planeación estratégica del PbR para entender y mejorar la lógica interna y el diseño de programas presupuestarios. Comprende la identificación de los objetivos de un programa (resumen narrativo), sus relaciones causales, los indicadores, medios de verificación y los supuestos o riesgos que pueden influir en el éxito o fracaso del mismo. Los indicadores de la matriz presentan información necesaria para determinar el avance hacia el logro de los objetivos establecidos por el programa presupuestario y permiten la comparación entre distintos períodos, productos similares o una meta o compromiso. SHCP. Sistema de Evaluación del Desempeño, México, junio 2004.

Cuadro 15

Resumen de las Coincidencias y Diferencias del MLS y Estudios Generacionales

Estudios Generacionales								Postpositivistas DeLeon	NGP	GpR
Primera Generación		Segunda Generación								
estudios de caso o fracasonomía		Top-down		Bottom-up	Macro y micro implementación	Diseño Retrospectivo				
Pressman y Wildasky	Eugene Bardach	Van Meter y Van Horn	Sabatier y Mazmanian	Linder y Peters/ Michael Lipsky/ Walter Williams	Paul Berman	Richard Elmore	Sabatier/Goggin/deLeon			
Estos autores señalan que a implementación, no debe separarse del diseño. El diseño sería en el MLS lo equivalente a Visión, valores y objetivos. fatalista, el MLS es propositivo.	No es tan fatalista como Pressman y Wildasky y aunque no cree que se pueda modificar a las personas percibe que hay interés e incentivos prevenibles. El MLS propicia el cambio y no se vuelve víctima de él, coincide en los elementos de Visión, diagnóstico, objetivos pero no en la forma de abordarlos.	En el MLS desde la Visión, participan los colaboradores; en este modelo solo, se compromete con el logro. Inculpan del fracaso a la realidad social, el Modelo situacional señala la posibilidad de cambiarla. Ambos se refieren a dar estímulos, aunque el MLS además de los económicos considera los de reconocimiento. Ferio control vs. Compartir información.	Habla de reglas de decisión en tanto que el MLS de amplio, aunque paulatino, margen flexibilidad de decisión. Objetivos claros y consistentes, implementadores externos.	Lipsky no pretende presentar evidencias del papel de la burocracia de banqueta y así entender la complejidad de las políticas públicas. Convergencias: importancia de la información, flexibilidad, conocimiento de la gente que labora en la organización. Sin embargo, plantea una conducta discrecional, en tanto que el MLS faculta.	Los ejecutores deciden entre adaptar el Plan a su comportamiento o su comportamiento al Plan. El Modelo de Liderazgo Situacional, involucra a los ejecutores desde el diseño de la Visión y valores, compartiendo información, y capacitando se puede lograr adaptar o dirigir el comportamiento.	Elmore menciona que hay que formar coaliciones y dirimir descensos; la negociación es indispensable. El MLS da la pauta de cómo: compartiendo Visión y valores; así como información, además de capacitar y facultar. Elmore habla de una política flexible y discrecional, el MLS de que teniendo una Visión y valores claros, y dando las herramientas necesarias mediante la capacitación, los ejecutores pueden tomar decisiones correctas con flexibilidad y responsabilidad.	Sabatier habla de incluir a los actores en las coaliciones de apoyo. Goggin habla que la implementación está en función de incentivos y restricciones impuestas, así como de la propensión a actuar y de la capacidad para llevar a cabo sus preferencias. El MLS habla de incentivos pero no únicamente los económicos sino también del reconocimiento sobre el buen desempeño, habla de integración y convencimiento.	DeLeon propone la democratización de las ciencias de políticas públicas. Ello consiste en la inclusión de grupos demandantes afectados en el proceso de diseño de las políticas. El MLS va más allá de la democratización para referirse al facultamiento.	Orientación al cliente y participación ciudadana; eficiencia, eficacia y calidad; gestión descentralizada y efectiva; soluciones y capacidad estratégica del Gobierno. Coincide con el MLS en concentrarse en resultados de largo plazo y en la satisfacción humana, pero va más allá de la democratización para referirse al facultamiento.	En convergencia con los postulados del MLS delega las responsabilidades a los directivos de todos los niveles; destaca la importancia de compartir información; integración vertical y horizontal; rápido adaptación al cambio. Considera definición del problema y objetivos y matriz de indicadores.

Fuente: elaborado con base a la consulta bibliográfica realizada para esta Investigación.

A manera de conclusión de este capítulo, cabe señalar que se debe buscar una mejor inteligencia que conduzca a un mejor gobierno. Toda política pública representa un cambio y a fin de que sean sus efectos permanentes, este debe pasar a formar parte de la cultura, entendiéndose por cultura las actitudes, creencias y pautas de comportamiento. Ninguna estrategia organizacional puede estar completa si no incluye la creación de una cultura que promueva los valores deseados.

Una Política Pública es el planteamiento de una Visión del Futuro; planteamiento que refleja la existencia de valores los cuales deben estar jerarquizados.

Sin embargo, la política pública no solo es el planteamiento del qué y para qué, sino que debe incluir el cómo y cuándo. Es sumamente importante que los que implementadores del cambio participen desde la definición de la Visión, de los valores, de los objetivos y las metas. En los modelos de gestión pública más recientes, la decisión de las políticas comienza a colocarse en el centro de la teoría política y administrativa.

La mejor manera de modificar una cultura es regresar a la Visión y examinar los valores, elegir los más críticos, determinar comportamientos coherentes con esos valores y crear recompensas y sistemas de responsabilidad por los comportamientos congruentes con dichos valores. Se requiere de una

profunda modificación de la orientación, los valores y el contenido de la cultura política; identificar quien es el cliente, visión de largo plazo, propiciar un clima organizacional que libere conocimiento, experiencia y motivación, mediante la adecuada comunicación y la retroalimentación.

Los líderes del cambio deben tener claro que anunciar el cambio no es la manera de ponerlo en marcha; deben promover que las preocupaciones de las personas con respecto al cambio sean manifestadas y abordadas; involucrar en el planteamiento del cambio mismo a los que sean requeridos que cambien, ya que proporcionar oportunidades de participar e influir produce un compromiso sostenible y de largo plazo hacia una nueva forma de hacer las cosas, en lugar de una obediencia de corto plazo; explicar las razones para el cambio. Es importante preguntar a los colaboradores por qué razones consideran que la organización debe cambiar, aún y cuando el líder considere que ya sabe las respuestas.

3. ANÁLISIS DEL LIDERAZGO EN PROGRAMAS DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD.

En este capítulo se analizan programas del Gobierno Federal dirigidos a la población de la tercera edad. El análisis de los programas se basó tanto en la revisión de los lineamientos o reglas de operación de los mismos, así como en los resultados de sus evaluaciones externas de aquellos programas que cuentan con ellas, y en las entrevistas con directivos y operadores y con población beneficiada de los programas.

Programas y Acciones del Gobierno Federal mexicano

El Estado, en cumplimiento de su función de garantizar la protección social que postula la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ha procurado asegurar el acceso a la salud y al bienestar de la población en general y de los adultos mayores en particular. Sin embargo, la ausencia de una política pública que enmarque los programas y acciones encaminados a dotar de salud y apoyo financiero a este grupo de la población; la falta de un marco claro de acción, de un diagnóstico y de metas concretas que dirijan los esfuerzos, promuevan la eficacia y propicien una participación comprometida de los colaboradores, resulta en esfuerzos aislados y muchas veces duplicados y en avances parciales y pasajeros.

Un ejemplo de la aparente inconsistencia se observa claramente en las prestaciones que ofrece a sus empleados el Gobierno Federal. Por lo regular, todo funcionario público cuenta con servicios médicos proporcionados por el ISSSTE o el IMSS, sin embargo, adicionalmente, los funcionarios de nivel medio y alto, reciben un seguro de gastos médicos mayores para ellos y sus dependientes económicos, aun y cuando el Manual de Percepciones de la Administración Pública Federal señala que no pueden recibirse dos prestaciones por el mismo concepto. Se podría justificar aludiendo que los trabajadores y funcionarios efectivamente atendidos por el IMSS y el ISSSTE son los de más bajos recursos por lo que la coexistencia de seguros privados y públicos para el mismo personal, conlleva mediante las aportaciones a los seguros públicos de los trabajadores de altos ingresos, una redistribución del ingreso; o bien pudiera ser también un reconocimiento que el servicio público es insuficiente y/o ineficiente. Es importante analizar el sentido de la redistribución, porque como ese seguro de gastos médicos lo cubre parcialmente el gobierno, le cuesta a la ciudadanía, mediante el pago de sus impuestos, y, y beneficia a los trabajadores de los deciles más altos.

Habría que preguntarse cuál es el objetivo de ofrecer servicios médicos a los trabajadores y sus familias, si asegurar que tengan salud sin perjudicar su patrimonio ante alguna eventualidad, si prevenir enfermedades o complicaciones de las mismas mediante la detección temprana, si redistribuir el ingreso; o bien, cubrir las ineficiencias de la seguridad social. Si son los primeros, reforzaría lo señalado en Buenas Intenciones, Malos Resultados, referente a una política con varios objetivos; Si es el último, denotaría que se atacan consecuencias y no causas. El Seguro Popular pretende ofrecer la cobertura universal de salud. Ello difiere de un Sistema Universal de Salud como el Canadiense, que al contar cada ciudadano con servicios de salud, la

seguridad social solo se centra a las pensiones y jubilaciones, ello permite mayor claridad en los objetivos y metas de cada política.

Un asunto desde que se reconoce como tema de la Agenda Pública, debiera contar con un diagnóstico previo, en donde fueran identificadas las posibles causas, las formas de abordarlo, definidos los objetivos y las metas; así como los responsables de su ejecución.

Resulta urgente que el Gobierno plantee efectivamente políticas públicas con una visión de largo plazo y a la luz de ello, revise la efectividad de los cambios implementados en las últimas décadas para el aparente mejor funcionamiento del Gobierno. Se ha hecho un esfuerzo por aplicar algunos de los postulados de los modelos de la administración privada a la gestión pública, pero al ser estos de manera aislada, y aparentemente no convencida, han perdido su efectividad. Así, se exige el planteamiento de metas; la capacitación continua, la evaluación del desempeño y la certificación de capacidades.^{87/} Pero si no se cuenta con un modelo que asegure que se cuenta con una Visión clara y compartida; con metas vinculadas a esa Visión; con capacitación y evaluación entorno a esas metas, los esfuerzos parecen efímeros.

La planeación nacional, como marco de las acciones gubernamentales, está regulada por la Ley de Planeación. De ahí se deriva el Plan Nacional de Desarrollo (PND), rector de los programas institucionales, sectoriales, especiales y regionales y que orientan la coordinación de las tareas del Poder Ejecutivo con las de los Poderes Legislativo y Judicial, y los órdenes de gobierno estatal y municipal.

Una vez definida la dirección hacia la cual se debe dirigir la acción gubernamental mediante los objetivos, estrategias y metas (del PND y programas derivados), las dependencias y entidades definen su misión, visión, objetivos y metas estratégicas propios, considerando la alineación con él o los programas derivados del PND que les correspondan, sin embargo, primero debieran existir la Visión clara y los valores jerarquizados que nos respondan que, para qué y por qué, mediante la definición de políticas públicas y después los programas y acciones .

La elaboración del PND 2007-2012 se debiera sustentar en gran medida en la perspectiva del futuro que queremos los mexicanos, conforme a lo establecido en el proyecto Visión México 2030: el México que queremos. Así, el Plan establece cinco ejes de política pública, a partir de los cuales se determinaron 84 objetivos y 360 estrategias que durante la presente administración rigen la acción del gobierno. En congruencia con el proceso de planeación nacional, las

87 /

En 2007 el Gobierno Federal de México suscribió un convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo para la segunda fase del Programa de Implementación de un Sistema basado en resultados en la Administración Pública Federal. Dentro de las acciones se elaboró una Matriz de Indicadores de las metas a alcanzar. En 2009 se incluyeron 453 programas en la Matriz, que representan el 42% del total de programas y el 36% del Presupuesto de Egresos. Entre estos programas están el Seguro Popular y el de 70 y más. Además de la matriz, este Programa plantea la necesidad de vincular en la evaluación del desempeño la consecución de estas metas. Sin una visión y valores claros y compartidos, plantear metas se vuelve un requisito externo en lugar de una pauta interna; un dato y no un parámetro de evaluación que debiera permitir definir si se está caminando en la dirección correcta o es necesario un cambio de rumbo para alcanzar los objetivos y metas.

metas establecidas en este proyecto y los objetivos nacionales planteados en el PND, debiera tener una previa Visión sustentada en valores jerarquizados, con un diagnóstico de la realidad actual.^{88/}

La Visión México 2030 resulta tan general, que le da cabida a todo, propiciando que al no tener claridad en los objetivos y metas de los programas, frecuentemente las acciones del Gobierno en torno a los grupos vulnerables se califiquen como paternalistas o populistas. La Visión es tan general que pudiera aplicarse para cualquier otro país de América Latina o para cualquier otra época del nuestro, ya que no refleja la situación particular de nuestro país ni la realidad actual: inseguridad, desempleo y subempleo, pérdida del poder adquisitivo, crisis de confianza, *envejecimiento poblacional*, coexistencia de enfermedades infecciosas y crónicas, entre otras.

^{88/}

SHCP. Sistema de Evaluación del Desempeño. México, junio 2008. Mimeo.

Visión México 2030

Hacia el 2030, los mexicanos vemos a México como un país de leyes, donde nuestras familias y nuestro patrimonio están seguros, y podemos ejercer sin restricciones nuestras libertades y derechos; un país con una economía altamente competitiva que crece de manera dinámica y sostenida, generando empleos suficientes y bien remunerados; un país con igualdad de oportunidades para todos, donde los mexicanos ejercen plenamente sus derechos sociales y la pobreza se ha erradicado; un país con un desarrollo sostenible en el que existe una cultura de respeto y conservación del medio ambiente; una nación plenamente democrática en donde los gobernantes rinden cuentas claras a los ciudadanos, en el que los actores políticos trabajan de forma corresponsable y construyen acuerdos para impulsar el desarrollo permanente del país; una nación que ha consolidado una relación madura y equitativa con América del Norte, y que ejerce un liderazgo en América Latina.

En el PND 2007-2012, dentro del objetivo de abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos vulnerables, tocante a la población de la tercera edad menciona:

- ✓ Apoyo bimestral a la población de 70 y más dando prioridad a los habitantes de las localidades de más alta marginación;
- ✓ Apoyos alimentarios a niños y población de 70 y más en desamparo;
- ✓ Estímulos fiscales a las empresas que contraten a población de 70 y más.

- ✓ Acciones que permitan aprovechar la experiencia de la población de la tercera edad y les genere un ingreso adicional para que puedan hacerle frente al empobrecimiento progresivo producto del desempleo o de la insuficiente pensión o jubilación.

En materia de pensiones, dentro del Segundo Eje del PND: Economía Competitiva y Generadora de Empleos, se menciona el objetivo de consolidar un sistema de pensiones más equitativo y con mayor cobertura.

Cabe resaltar que en los programas para apoyar las prioridades del Gobierno hay uno focalizado a grupos vulnerables pero no hay uno específico para asegurar un envejecimiento poblacional digno.

Hay varios aspectos importantes de mencionar, no se vislumbra una política que reconozca el envejecimiento de nuestro país en una etapa de bajos crecimiento y generación de empleo. Incluso se dice que en los apoyos alimentarios se da prioridad a los niños por las secuelas de la desnutrición en los primeros años de vida; aunque esto es innegable, parece manifestar que no se reconoce el cambio demográfico. Se acepta que la pensión es insuficiente y se busca incentivar que los adultos mayores sigan trabajando. Se enfocan a población de 70 y más en pobreza, por lo que se puede decir que es *curativo* no preventivo ya que no busca cómo crear una mejor pensión, sino como complementar el ingreso cuando es inexistente o insuficiente, después de los 70 años de edad.

El hecho de que el apoyo se otorgue a la población de 70 y más podría deberse a que gran parte de la población, sobretodo la masculina, sigue activo hasta esa edad, o que a partir de esa edad, las personas son más vulnerables a presentar padecimientos crónicos o degenerativos, pero si fuera el caso, quizás la población objetivo sería la mayor de cierta edad y/o que presenta padecimientos crónico degenerativos, y no es el caso. Sin embargo, como la definición del programa no parte de un diagnóstico, no queda claro si las resoluciones tomadas tienen algún fundamento. John Scott señala que el monto que otorga el Programa 70 y más, evita la pobreza alimentaria. Sin embargo, en la entrevista con los directivos del Programa señalaron que ese monto se ajusta a lo convenido con las Organizaciones Campesinas y no tiene su origen en un análisis de un monto mínimo indispensable.

I. Comité Nacional de Atención al Envejecimiento.

La Secretaría de Salud ha realizado acciones encaminadas a mejorar los servicios de salud para atender a la gente adulta mayor, pues aunque brinda servicios especializados a través del Hospital General y del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, estos resultan insuficientes.

En 1999 la Secretaría de Salud instaló el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, CONAEN, como un mecanismo interinstitucional para abordar de manera integral y con criterios comunes la problemática de los adultos mayores en todo el país. Se enfoca al control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mayor de 60 años, así como al desarrollo de estrategias para su prevención. Entre sus acciones destacan la elaboración del Programa de Atención al Envejecimiento; la capacitación de los recursos humanos; la inclusión en el Cuadro Básico y en el Catálogo de los Insumos del Sector Salud de los insumos que con más frecuencia se utilizan en la atención médica de los adultos mayores; garantizar la calidad en la prestación de servicios; establecer modelos de investigación en la materia y fomentar la participación de la familia y la comunidad en la atención de la salud de los adultos mayores. En paralelo se crearon los Comités Estatales de atención al envejecimiento (COESAEN).

En febrero de 2003, se integró al CONAEN el subcomité Técnico de Enfermería para la atención del adulto mayor, con los objetivos de divulgar entre la comunidad de enfermería a nivel nacional las disposiciones aplicables en materia de atención a la salud en la vejez; realizar investigaciones en el área de enfermería geriátrica y gerontológica, así como la publicación de artículos relacionados con el tema.

Conclusiones:

No hay una política pública de envejecimiento. Sin embargo con los diversas acciones y programas el Gobierno ha buscado que haya un órgano rector de los programas dirigidos a senescentes, está el COANEN y el INAPAM pero ninguno cumple con una función verdaderamente rectora, lo que es claramente entendible por la ausencia de esa política, su tarea más que regular la política sería definirla y posteriormente si regular y evaluar si los programas y acciones se enmarcan en la misma.

II. Programa de Acción para la Atención al envejecimiento 2001-2006^{89/}

Este programa surgió en el sexenio anterior dentro de Salud y posteriormente se transfirió al Instituto de Geriátrica, Instituto que se creó en 2008 a fin de promover la realización de investigación que genere insumos en apoyo a la definición de políticas/programas de atención y la enseñanza y capacitación en materia de envejecimiento, que coadyuven a una mejor atención de la creciente población de adultos mayores.

La Visión que plantea el Programa, es encauzar el trabajo de las instituciones de los sectores público, social y privado para afrontar de manera integral los problemas que afectan a la población adulta mayor y alcanzar una cultura a

^{89/} Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Atención al envejecimiento 2001-2006.* México, 2001.

favor del envejecimiento. Proteger la salud, prevenir, retardar o controlar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y elevar la calidad de vida de los adultos mayores.

Dentro de las principales estrategias del Programa destacan la promoción de un estilo de vida saludable, vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo; detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónicas degenerativas; tratamiento oportuno y control de enfermedades y la promoción y el fomento al auto cuidado de la salud.

En su inicio, el elemento primordial de este Programa fue la Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor que permitió la realización, seguimiento y control de las acciones médico preventivas que se realizan de manera permanente a este grupo atareo.

El Programa para la atención al envejecimiento, se planteó 14 metas:

Cuadro 17

Evaluación de las metas. Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento 2001-2006

Meta	¿Es Específica?	¿Es Observable y Medurable?	¿Representa un reto?	¿Fija Límite de Tiempo?
Consolidar la integración de Comités Estatales de Atención al Envejecimiento en las 32 entidades federativas;	SI	Resulta vago qué significa la integración de los Comités: funciones, número de integrantes, número de sesiones.	No se puede saber toda vez que no queda claro el alcance de la integración del Comité.	NO
Distribuir 7.1 millones de Cartillas Nacionales de Salud para los adultos en plenitud, entre 2002 y 2006.	SI	De manera indirecta ya que se puede medir su uso, si cuando van a consulta la llevan, y eso requirió su distribución previa.	7.1 millones ¿de cuántas? El reto debiera ser que se usen correctamente, que propicien un mejor control, no que se repartan.	SI
Incorporar en el 100% de los Centros Estatales de Capacitación (CECAP's), un plan educativo en materia de gerontología básica.	No. Habla de un Plan pero no especifica qué debe contener el mismo.	No, al no estar definido el Plan.	Por la falta de precisión. No ya que el plan educativo pudieran ser un seminario, una especialidad o un par de pláticas, por ejemplo.	NO
Realizar detección de hipertensión arterial en el 80% de la población de 60 años y más en todas las Unidades Médicas del país.	SI	Posiblemente en las hojas de control o en las cartillas. Debiera especificarse cómo se va a medir.	Se desconoce el porcentaje de la detección antes del Programa.	NO
Incorporar al 80% de los adultos mayores con hipertensión al <i>Plan para la reducción de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular.</i>	No señala si es un Plan específico.	No describe cómo se va medir si se incorporaron.	Depende de lo difícil de incorporarlos y de qué porcentaje ya estaba incorporado previo al Programa.	NO
Lograr en el ámbito nacional para este grupo de población, la aplicación de 5.6 millones de encuestas para la detección de factores de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad y riesgo nutricional)	Se desconoce en qué consiste la encuesta y quién deberá aplicarla.	Si, cumplir con el número de encuestas.	Partiendo que son 7.1 millones de cartillas, 5.6 resulta el 80%, coincide con la población a la que se le detectará hipertensión y diabetes, Parece alto el número, porque si es encuesta y no un censo, debiera ser una muestra representativa.	NO

Meta	Específicas	Observables y Mesurables	Representar un reto	Límite de Tiempo
Realizar detección de diabetes mellitus en el 80% de la población de 60 años y más en todas las unidades médicas del país.	SI	Posiblemente en las hojas de control o en las cartillas. Debiera especificarse cómo se va a medir.	Se desconoce la detección antes del Programa.	NO
Aplicar cuestionarios de la "Encuesta de Hiperplasia Prostática Benigna" en el 100% de la población masculina de 60 años y más en todas las unidades médicas del país.	SI	Posiblemente en las hojas de control o en las cartillas. Debiera especificarse cómo se va a medir.	Se desconoce si ya se aplicaban esos cuestionarios antes del Programa.	NO
Efectuar promoción de la salud bucal en el 100% de la población de 60 años y más en todas las unidades médicas del país.	SI	Posiblemente en las hojas de control o en las cartillas. Debiera especificarse cómo se va a medir.	Se desconoce la promoción de salud bucal antes del Programa y qué porcentaje de la población mayor de 60 años acude a las unidades,	NO
Aplicar el esquema de vacunación considerado para esta población alcanzando un total de 9 millones de dosis en el período 2001-2006 contra la neumonía, la influenza y el tétanos a través de los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento.	SI	Posiblemente en las hojas de control o en las cartillas. Debiera especificarse cómo se va a medir.	Se desconoce las dosis aplicadas o requeridas antes del Programa.	SI
Promover la actividad física para la población de 60 años y más en el 100% de las unidades médicas del país.	SI	Posiblemente en las hojas de control o en las cartillas. Debiera especificarse cómo se va a medir.	Se desconoce la promoción antes del Programa y qué porcentaje de la población mayor de 60 años acude a las unidades.	NO
Efectuar anualmente la <i>Semana Nacional de Salud para Gente Grande</i> para reforzar las actividades del Programa.	SI	Si cumple	No parece; estaría en función de las actividades, del poder de convocatoria, etc.	NO
Distribuir material de promoción de la salud para la población de 60 años y más en el 100% de las unidades médicas del país	SI	Posiblemente en las hojas de control o en las cartillas. Debiera especificarse cómo se va a medir.	No parece, sería más importante el impacto de ese material o su aceptación, por ejemplo. Además se desconoce qué porcentaje de la población mayor de 60 años acude a las unidades.	NO
Establecer el programa de atención domiciliaria para enfermos crónicos en las 32 entidades federativas.	No señala en qué consiste ese programa ni a cuántas personas se espera beneficie.	Difícilmente se puede medir, quizás se podría medir como porcentaje de respuesta atendido en base a la demanda.	No	NO

Fuente: Elaborado con base a los lineamientos del Programa publicados por la Secretaría de Salud.

Conclusiones:

A pesar de que la propia definición del Programa dice que busca elevar la calidad de vida de la población de la tercera edad, seguramente porque lo emitió la Secretaría de Salud, las acciones se dirigen a promover la salud física (de manera curativa no preventiva) y no a la participación social ni a las necesidades financieras, lo que resulta incompleto de acuerdo a lo señalado por la ONU, desde 1991, en la Asamblea General de las Naciones Unidas en que para que una sociedad envejezca saludablemente, deberá hacerlo con independencia, participación, autorrealización, atención y dignidad. Para que

ello sea posible, deben existir resultados concretos en tres ámbitos: en salud; en participación social y en seguridad económica.^{90/}

En las encuestas que en esta investigación se levantaron a residentes de asilos, solo un 41.4% es económicamente autosuficiente; el 2% señaló contar con casa propia y el 72.7% que recibe ayuda de familiares. En cuanto a lo que proponen que el Gobierno debiera hacer, el 54.5% manifestó la necesidad de más y mejores albergues; el 31.8% contar con pensiones más altas; el 29.5% la necesidad de tener más medicamentos y un 2.5% mejores servicios médicos.

De los pensionados que fueron encuestados, aunque un 38% manifestó preocupación por su salud, y un 21% por su situación económica, el 48% recomendaba a los jóvenes estudiar y trabajar con ahínco y solo el 27% les recomendaba que cuidaran su salud y únicamente un 12% que ahorren, lo que refleja la falta de una cultura preventiva y a conciencia de que la salud física y financiera es responsabilidad de la persona.

Este Programa se vincula con el Programa de Educación Saludable, el cual considera a las escuelas como un lugar privilegiado para inculcar en los niños y jóvenes los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de su salud desde las primeras etapas del ciclo de vida, así como una cultura de respeto hacia la población de la tercera edad. Los programas escolares, incluyendo los libros de texto consideran en sus contenidos, actividades e información que promueve la adopción de estilos de vida sanos y evita conductas de riesgo como es el consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas y el uso de otras sustancias adictivas.

Por el lado de los indicadores, al no partir de un diagnóstico inicial que precise, por ejemplo, el número de cartillas distribuidas; el porcentaje de Centros Estatales de Capacitación con plan educativo en materia gerontológico; el porcentaje de adultos mayores que se les detecta hipertensión, entre otros, las metas parecen poco ambiciosas; en general resultan difícilmente medibles de manera objetiva y solo dos fijan un tiempo y aún éste, cuatro años, parece laxo.

III. ISSSTE. Programa de Envejecimiento Exitoso.

Según datos del ISSSTE, en los hospitales generales el 60% de las camas están ocupadas por personas de la tercera edad y, entre 40% y 80% de las consultas, se dan a ancianos. De acuerdo con datos oficiales del Instituto,^{91/} 22% de sus derechohabientes tiene 60 años o más, cuando la proporción de ancianos en el país es del 8.2%, razón por la que los especialistas advierten que el problema del envejecimiento en esa institución se agravará.

Desde 2001, el ISSSTE llevó a cabo el programa Envejecimiento Exitoso que, a decir por la institución, se ha convertido en líder nacional por la calidad de sus servicios. La Dependencia señala^{92/} que desde 1986 el Instituto preparó

^{90/} Asamblea General de las Naciones Unidas. *Principios en favor de las personas de edad.* 16 de diciembre de 1991.

^{91/} Entrevista a la Dra. Rosalía Rodríguez. Directora del Programa de Envejecimiento Exitoso en el ISSSTE. Monitor. Septiembre 2005.

^{92/} *Ibid*

personal de salud en envejecimiento y cuenta con 3 mil personas capacitadas, pero el rezago continúa. Desde su creación, este proyecto pasó de 30 servicios de geriatría a nivel nacional, a por lo menos 180 módulos *gerontológicos*.

El ISSSTE cuenta con la Escuela Nacional sobre Estudios y Atención al Envejecimiento y en ella se capacita a personas para atender a los adultos mayores. Los cuidadores o *gericultistas*, son figuras muy importantes en esta etapa de la vida y, además, son una figura que existe únicamente en México.

El ISSSTE empezó a promover el sano y activo envejecimiento entre sus beneficiarios mayores de 40 años en 2008, denominado *Geroprofilaxis*, esto es, algunos usuarios mayores de 40 años que acuden a una clínica por cualquier razón, son monitoreados para detectar cualquier riesgo a temprana edad y hacer un programa específico y acorde a las necesidades de salud.

Además en 35 centros geriátricos en todo el país, se proporcionan servicios de rehabilitación y terapia física para los ancianos.

Conclusiones:

Anteriormente el esfuerzo era más curativo. A partir de 2008 es ya preventivo, sin embargo, no es generalizado y no abarca todas las etapas del ciclo de vida. Sería recomendable estimar el costo-beneficio de hacer esta medida obligatoria para todos y analizar si efectivamente permite la detección temprana de algunos padecimientos y evita o posterga las complicaciones de los mismos.

IV. DIF. Programa Nacional de Atención Gerontológico.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, revisó sus objetivos y programas con el fin de estar en condiciones de responder a las demandas de asistencia a los grupos vulnerables dentro de los cuales se encuentran los adultos mayores, apoyándolos en la solución de sus problemas bio-psicosociales para prevenir que sufran males mayores, mejorando sus condiciones de vida y ayudándoles a su reintegración social y productiva.

Considerando que el grupo de la tercera edad es muy heterogéneo, con características demográficas, culturales, biológicas, sociales y económicas distintas, el DIF Nacional reunió a sus expertos para elaborar un Programa Nacional de Atención Gerontológico que propone un sistema de atención multidisciplinario que garantice la estabilidad física y mental de la población de la tercera edad así como su integración social y la satisfacción de sus necesidades individuales. Para lograr lo anterior, propuso cuatro niveles de atención:

Cuadro 18

Acciones del Programa de Atención Gerontológica

NIVELES	TIPO DE ACCIÓN	ACCIONES	POBLACIÓN
Primero	Preventivo	Educación, orientación y sensibilización	General
Segundo	Detección Temprana de alteraciones bio-psicosociales	Brindar atención en el ámbito familiar y comunitario	Tercera Edad
Tercero	Curativo	Rehabilitación y reintegración social al interior de las unidades gerontológicas.	Tercera edad con daño biopsicosocial moderado
Cuarto	Curativo	Aplicación de medidas y cuidados específicos en el domicilio o en las unidades gerontológicas.	Tercera edad con daño biopsicosocial importante

Estas acciones las otorga mediante cinco subprogramas:

- ✓ Subprograma de Atención en Casa Hogar. Ofrece a mujeres y hombres de 60 años y más que se encuentran parcial o totalmente en estado de abandono o desamparo: servicios de alojamiento, vestido, atención médica, rehabilitación y trabajo social, así como actividades ocupacionales, recreativas y culturales. Cuenta con cuatro casas hogar, dos en el Distrito Federal, una en Oaxaca y la otra en Cuernavaca.
- ✓ Subprograma de Atención a la Comunidad. Ofrece a personas adultas mayores, sus familiares o personas que se encuentran en contacto con los ancianos y a la comunidad en general: consulta y cuidados especializados en su domicilio o en la institución, atención de día, escuela, apoyos económicos, alimenticios o en especie y campamentos recreativos a fin de integrarlos a actividades ocupacionales, recreativas y sociales.
- ✓ Subprograma de Rehabilitación e Integración Social. Ofrece a adultos mayores: atención de día ofreciéndoles actividades que favorezcan la reactivación de las capacidades residuales, para mejorar su funcionamiento, autoestima, estabilidad emocional y las relaciones interpersonales.
- ✓ Subprograma de Formación y Capacitación de Recursos Humanos. Ofrece capacitación al personal de Casas Hogar del DIF Nacional, estatal y municipal. Adicionalmente, busca fomentar la investigación para un mejor conocimiento del proceso de envejecimiento que permita mejorar y optimizar los servicios.
- ✓ Subprograma de Sensibilización y Difusión. Busca sensibilizar a la población en general y a los adultos mayores en particular, del proceso de envejecimiento y de las acciones que permiten vivirlo con plenitud.

El DIF se hace cargo de cerca de dos mil adultos mayores en albergues, asilos y otro tipo de casas hogar. El DIF también se encarga de la operación de un Pequeño Programa de Residencia Diurna, que ofrece atención a poco más de cien personas. Este programa brinda atención médica, rehabilitación, terapias

ocupacionales y recreativas, así como una comida al día para cada persona. Además ofrece asesoría legal y orientación médica y psicológica para los miembros de la tercera edad. Da cursos tanto a adultos mayores como a sus familiares.

Conclusiones:

Este Programa, es eminentemente curativo y focalizado: ancianos pobres y solos. No parte de un diagnóstico que le permita tener metas claras. En varios de los programas hay diferentes instancias que se anuncian como rectoras en materia de programas del envejecimiento, pero no hay un liderazgo, una política pública rectora. A pesar de que se identificó la importancia de atender las necesidades de la población de la tercera edad, y que el Programa planteó las acciones y los subprogramas, en las evaluaciones externas de los últimos cinco años no existe alguna que se refiera al impacto de los programas y acciones dirigidos a la población de la tercera edad. El DIF abarca, principalmente, lo concerniente a la salud física y a la integración social, más que lo referente a la solvencia económica.

V. Instituto Mexicano del Seguro Social. Plan Gerontológico Institucional.

En 1997 se echó a andar la estrategia de Atención a Domicilio para Enfermos Crónicos (ADEC). Este programa tenía el objetivo de llevar la atención a los enfermos crónicos y los enfermos en fase Terminal a sus hogares. Una evaluación en 2001 señaló que este programa resultó altamente costo-efectivo. Luego de haber identificado una serie de padecimientos no fatales que podían ser atendidos a nivel de domicilio particular, en 2000 se creó el programa de Atención Médica a Domicilio (AMED).^{93/}

A partir de 2001, el IMSS incluye atención preventiva para las diferentes etapas del ciclo de vida. Así, cuenta en materia de servicios, con una cartilla de salud especialmente diseñada para el grupo de usuarios mayores de 60 años y ha desarrollado protocolos para orientar las acciones que se monitorean a través de dicha cartilla. Sin embargo, al carecer de una política pública en salud, hay acciones y programas aislados.

El IMSS estructuró las bases para la implementación de un Plan Gerontológico Institucional con el fin de lograr una atención integral y especializada de los adultos mayores derechohabientes y sus familias.

En la evaluación de riesgos considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2007 realizada por el IMSS en julio de ese año, este Organismo estimó que en el período 2007-2012, el gasto total de los programas sociales contemplados en el Plan Gerontológico, registrará una tasa

^{93/}

Knaul, Felicia; Gustavo, Nigenda; Miguel Ángel Ramírez; Ana Cristina Torres; Ana Mylena Aguilar; Mariana López Ortega, José Luis Torres. *Atención a los Adultos Mayores en México*. Informando y Reformando. Boletín Trimestral del NAADIR/AL No. 20. México, abril-junio, 2004.

media de crecimiento anual del 48.6%, pasando de 125.6 millones de pesos en 2007 a 909.6 millones en 2012.^{94/}

Conclusiones:

Se considera importante la Visión de la Salud en las diferentes etapas del Ciclo de Vida. Se debe dar más peso en el diagnóstico de las implicaciones sobre los adultos mayores de no cubrir en la primera etapa lo referente a vacunación, por ejemplo, o de no evitar la obesidad y el sedentarismo así como de no promover el ahorro a fin de que sea preventivo y no curativo. Debe estar ligado a diferentes áreas multidisciplinarias.

VI. Programas y acciones de Secretaría de Desarrollo Social.

INAPAM

México fue de los países pioneros en tener iniciativas orientadas a la población de la tercera edad. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) antes Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)^{95/}, nació por decreto presidencial el 22 de agosto de 1979 dentro del Sector Salud y enunciando el objeto de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas específicos para ofrecer soluciones integrales a sus requerimientos y necesidades. Esencialmente, su actividad se enfocó al aspecto médico-asistencial.

Sin embargo por las crecientes necesidades de los adultos mayores, en enero de 2002, también por decreto presidencial, pasó a formar parte del Sector que encabeza la Secretaría de Desarrollo Social y modifica su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN).

En marzo de 2002 se realizó el Foro de Consulta Nacional sobre Envejecimiento en México, con la finalidad de analizar la situación de los adultos mayores para proponer estrategias y líneas de acción a corto, a mediano y largo plazos, relacionadas con el desarrollo social. Posteriormente, el 25 de junio de ese mismo año, se publicó La Ley de los Derechos de las Personas Mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).

Esta Ley es de observancia general y tiene por objeto establecer las bases y regular las políticas públicas nacionales dirigidas a este grupo poblacional, así como los principios, objetivos, programas y responsabilidades que los tres órdenes de gobierno deben observar en su planeación y aplicación. Adicionalmente, la Ley regula las acciones del INAPAM.

^{94/} IMSS. *Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2007*. Dirección de Finanzas. Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales. México, 2007. Pág. 182.

^{95/} En 1977, Emma Godoy dio origen al grupo altruista Dignificación de la Vejez, A.C. (Dive) cuyo lema fue: *La ancianidad debe ser maestra, consejera y guía*. Citado en INAPAM. Gente Grande. México, 2005.

Menciona que las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores y que se fomente la permanencia, cuando así lo desee, de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario.

También destaca la importancia de promover la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y ejecución de las políticas públicas que les afectan y para ello el Artículo 38, del Capítulo II, de dicha Ley señala que el Instituto contará con un Consejo Ciudadano de personas adultas mayores, que tendrá por objeto conocer el seguimiento dado a los programas, opinar sobre los mismos, recabar las propuestas de la ciudadanía con relación a las personas adultas mayores y presentarlas al Consejo Directivo.^{96/}

Ya como INAPAM la tarea que se plantea este Organismo es que gobierno y sociedad reconozcan el derecho inalienable que tienen las personas adultas de vivir con dignidad: *la vejez es un privilegio y queremos aprender a envejecer.*^{97/}

El INAPAM trabaja bajo cuatro ejes estratégicos en la atención integral al Adulto Mayor a quienes ha denominado *Gente Grande*:

- ✓ Empleo y Apoyo a la Economía;
- ✓ Salud, Investigación y Formación de los Recursos Humanos en Gerontología;
- ✓ Desarrollo Social y Comunitario; y,
- ✓ Transmisión de Valores.^{98/}

Dentro de los lineamientos generales para la implementación de programas asistenciales del Organismo en materia de empleo y apoyo a la economía e investigación, resaltan:^{99/}

- ✓ Aumentar el poder adquisitivo del anciano mediante el otorgamiento de la tarjeta INSEN que con su presentación obtienen descuentos entre el 5% y el 60% en el precio de bienes y servicios de primera necesidad, adicionalmente les permitía acreditar su identidad.
- ✓ Ofrecer programas para el desarrollo de habilidades laborales y de otro tipo de las personas mayores y sus organizaciones, tales como

^{96/} Vázquez Mota, Josefina. *El Reto del Envejecimiento. 25 años de atención gerontológica en México, 1979-2004*. Mimeo. México, 2004.

^{97/} INAPAM. *Gente Grande*. México, 2005.

^{98/} En Canadá una Organización no Gubernamental ha desarrollado un proyecto educativo bipartito sobre el maltrato de las personas de edad, destinado a los niños y los jóvenes. El proyecto tiene por objeto lograr que los niños tomen conciencia de la vejez, se sensibilicen sobre el tema y sus implicaciones y crear oportunidades para que los jóvenes se interesen en las relaciones con otras generaciones. CITAR LA ONG

El resentimiento de los miembros de la familia por los gastos que entraña la atención de la persona mayor, puede propiciar maltrato. Una investigación realizada en New Haven (Estados Unidos) en una muestra de 2,812 personas mayores durante nueve años, arrojó que el maltrato genera un gran estrés interpersonal que puede aumentar el riesgo de muerte. Krug Etienne G., Linda L Dahlberg., James A Mercy, Zwi Anthony B. Rafael Lozana. *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud*. Capítulo 5, el Maltrato a las Personas Mayores. Washington, D.C. 2003.

^{99/} Informe de México sobre la aplicación de la Estrategia Regional para la Implementación del Plan Madrid. Sedesol, INAPAM. México agosto 2007.

alfabetización, aprendizaje de oficios y capacitación en el uso de las tecnologías de la información, que les faciliten su permanencia en el mundo laboral, así como la creación y el fortalecimiento de actividades generadoras de proyectos e ingresos.

- ✓ Promover el empleo de adultos mayores mediante la concientización y sensibilización de empleadores y estímulos fiscales. El Ejecutivo Federal firmó un Decreto por el que se otorga un estímulo fiscal a los contribuyentes que contraten a personas con discapacidad y a adultos mayores. En 2004, el INAPAM contaba con un padrón de 800 empresas y particulares comprometidos a ofrecer más de 8 mil plazas a adultos mayores.^{100/}
- ✓ Promover el acceso a oportunidades de crédito desde 500 hasta 5 mil pesos, con el fin de facilitar la creación o consolidación de un negocio propio, por medio del Fondo Tercera Llamada, Mi Palabra Vale por Tres.
- ✓ Promover ante las autoridades estatales y municipales la creación de establecimientos en donde se diera asistencia integral a las personas mayores de 60 años, incluyendo alojamiento.
- ✓ Propiciar la organización y participación de los ancianos en actividades remunerables en los centros recreativos, culturales y clubes existentes.
- ✓ Incorporar a las personas mayores en el diseño y monitoreo de las políticas que las afectan, mediante su participación con derecho de voz y voto en los consejos consultivos o asesorías de las instituciones encargadas de los asuntos de la vejez a nivel nacional.
- ✓ Impulsar el establecimiento de protocolos de investigación, con objeto de que los planes de acción formulados para la atención y prevención fueran congruentes con la realidad observada.^{101/}

En lo que se refiere a la mayor participación de los adultos mayores en el diseño y monitoreo de políticas, a principios de 2003, la Secretaría de Desarrollo Social invitó a 28 instituciones del gobierno federal y a 10 organizaciones civiles y universidades, a constituir el Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el Tema de Adultos Mayores. El Consejo decidió instaurar ocho comisiones de trabajo: Educación; Cultura y Recreación; Legislación; Participación Social y Política; Pueblos Indígenas; Salud; Seguridad Social y Servicios Sociales y Asistencia Social. Los principales propósitos que enunciaron dichas Comisiones fueron:

- Generar una cultura de respeto por los derechos humanos, basada en el conocimiento, reconocimiento y revaloración de éstos, entre la población en general y los adultos mayores en particular;

^{100/} www.inapam.gob.mx/inapam/servicios.htm

^{101/} Cuando se creó el INSEN se propuso implementar un Programa de Información el cual comprendía dos estrategias básicas: la sistematización computarizada de la información y un centro de documentación. Este último existe pero con un acervo histórico que data del origen y no contiene estudios ni investigaciones recientes.

- Campañas de difusión que concienticen sobre una cultura a favor de la vejez y el envejecimiento;
- Capacitación y acceso a actividades que favorezcan la independencia de los adultos mayores en todos los sentidos;
- Investigación que apoye el trabajo gerontológico en las diferentes áreas de conocimiento;
- Acciones que favorezcan la equidad de género, de etnia y de características físicas, psicológicas y sociales;
- Cooperación interinstitucional e intercambio entre los diferentes niveles de gobierno, organizaciones de la sociedad civil y sociedad en general;
- Inclusión de los adultos mayores en las decisiones y planeación de los programas dirigidos a ellos;
- Promoción de la formación de voluntarios, tanto de otros grupos de edad como de adultos mayores; y,
- Desarrollo e implementación de programas de capacitación y sensibilización del personal que labora con las personas adultas mayores, para que los servicios consideren aspectos físicos, psicológicos y de interacción social.

El INAPAM cuenta con seis albergues, cuatro de ellos en el Distrito Federal, uno en Guanajuato y otro en Oaxaca, donde cobija a alrededor de 450 ancianos, brindándoles servicios de alimentación, enfermería, medicamentos, trabajo social y terapia ocupacional. También cuenta con siete residencias de día, seis en el Distrito Federal y una en Zacatecas; y cuatro centros culturales en el Distrito Federal, 31 representaciones estatales y 1,395 municipales, además de 5,843 clubes de la Tercera Edad distribuidos en todo el país en donde se fomenta el envejecimiento activo que contribuya a mejorar la calidad de vida.^{102/}

En esta investigación, se realizó un levantamiento en los cuatro albergues del INAPAM a un total de cien adultos mayores, 18% de total. Los principales resultados fueron:

- Edad promedio: 76 años;
- Mujeres: 56% del total.
- Físicamente independientes: el 84% del total.
- Padecimientos: 50%, hipertensión; 37%, diabetes; 29%, artritis;
- Económicamente autosuficientes: 41%;
- Pensionado en el IMSS o ISSSTE: 44%;
- La edad promedio de pensión es de 65 años de edad y monto mensual promedio de la pensión es de alrededor de 2,350 pesos.

^{102/}

INAPAM: Retos y Desafíos de la Gente Grande. 25 años. México, 2005. Pág. 83

- Recibe ayuda de familiares: el 73%;
- Promedio de años viviendo en el asilo: 6 años. Lo que significa que ingresan alrededor de los 70 años;
- El 72% vive ahí porque no tiene familiares que lo cuiden y el 28% para estar con gente de su edad y no ser una carga para su familia. Este último concepto, alcanza 38% en el caso de las mujeres.
- El 55% opina que el gobierno debe hacer más y mejores asilos; el 32% incrementar el monto de las pensiones y el 30% otorgar más medicamentos.
- El 45% vivía solo antes de vivir en el asilo.
- Al 51% le agrada vivir ahí; un 26% preferiría vivir con familiares y un 10% en provincia.
- El 54% realiza manualidades; el 47% ejercicio diario y el 44% lee.
- La mitad recibe pensión alimenticia y un 20% apoyos del INAPAM. (véase cuadro 26 del Anexo 2).

Cuando se creó el INSEN, ahora INAPAM, la motivación, al igual que en el DIF, fue el creciente número de personas en edad avanzada que se encontraban desamparadas. Hoy el eje es el crecimiento desbordante de la población de la tercera edad, los cambios socio- económicos y culturales así como el reconocimiento que la salud física y financiera está en función de lo que se haga o deje de hacer en etapas previas del ciclo de vida y que de no hacer algo, podría esperarse una fuerte demanda de servicios de la futura población senescente.

Conclusiones:

El INAPAM no ha logrado liderar una política pública de envejecimiento y a pesar de que su Consejo cuenta con la debida representación de los principales Institutos, no es visto como el Eje Rector de los programas y acciones dirigidos a este segmento de la población.

La Ley de los Derechos de las Personas Mayores señala como objetivo lograr que todos nuestros adultos mayores puedan vivir mejor (nótese que dice mejor, no bien) y que para ello deberá implementar programas acordes a las diferentes etapas, características y circunstancias de las personas adultas mayores.

Se considera importante resaltar que esta Ley subraya que es la familia de la persona adulta mayor quien deberá de manera constante y permanente velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral: alimento; convivencia familiar cotidiana y promoción de valores que eviten que alguno de sus integrantes cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia y actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos.

Sedesol encabeza otros programas que benefician a este segmento de la población. Así, en materia de vivienda, a través del Programa Hábitat se instalan estancias o casas de día, villas o asilos y Centros Comunitarios de Desarrollo que cuentan con espacios de recreación y atención médica especializada para este sector de la población y con el Programa Tu casa de vivienda popular, en 2003 se destinaron a este grupo poblacional más de 12 mil subsidios en las modalidades de adquisición y mejoramiento de vivienda.

A través del Programa Oportunidades, atiende a 1.3 millones de adultos mayores con acciones de salud y nutrición; el Programa de Abasto Social de Leche, otorga a más de 410 mil adultos mayores leche fortificada a precios preferenciales. Ello equivale a una dotación de 60 millones de litros de leche al año.

Además de los apoyos federales, en las Entidades Federativas hay otros programas dirigidos a la población de la tercera edad, así, en el Distrito Federal, existen programas como el de apoyo alimentario y medicamentos gratuitos en beneficio de los adultos de setenta y más que viven en condiciones de pobreza y la tarjeta de transporte gratuito.

En el Estado de México, la Coordinación Estatal de Atención a Adultos Mayores y Pueblos Indígenas (CEAAMPI) coordina acciones con las dependencias de gobierno estatal para ofrecer servicios integrales de salud, educación, capacitación para el trabajo, para la integración de micro y pequeñas empresas, recreativos, culturales, de asesoría jurídica, deportes, entre muchos otros.

En Nuevo León, el Programa de Despensas Complementarias para Adultos Mayores, apoya la dieta alimenticia de los adultos mayores con mayor grado de vulnerabilidad.

En Sonora, existe el programa de apoyo para el pago de gas con \$225.00 pesos mensuales durante los meses de invierno: mientras que Puebla, atiende a la población de edad avanzada en La Casa del Abue y las Estancias de día.

Estas acciones coinciden con las acciones implementadas en Cuba en 1997, que reconociendo que las necesidades y demandas de los adultos mayores asumen categorías superiores y que las respuestas tradicionales resultan insuficientes, se dirige no solo a la salud sino a otros niveles de atención como son la seguridad social, el deporte, la cultura y la legislación, siendo sus objetivos:

- 1) Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.*
- 2) Prevenir o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que éstas pudieran conllevar en su evolución;*
- 3) Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.*
- 4) Garantizar la rehabilitación de los adultos mayores a través de la restitución de la base comunitaria.*

- 5) *Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.*
- 6) *Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y la integración activa de estas a la comunidad.*
- 7) *Desarrollar investigaciones que identifiquen la morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades e intervenciones comunitarias.*

Para brindar atención a las personas de edad en su medio ambiente, se desarrollan y fortalecen un conjunto de servicios de salud y sociales que ponen en evidencia sus bondades:

- *Equipos Multidisciplinarios de Atención Gerontológica (EMAGs). Servicio de salud destinado a la detección de condiciones o enfermedades que puedan reducir la capacidad de las personas de edad de valerse por sí mismas y a su atención vertical en la atención primaria;*
- *Casas de abuelos: servicio social que asume el cuidado de los adultos mayores por un espacio de 8-10 horas diarias y constituye una vía de estimulación y socialización para el anciano. Asumen el cuidado de los ancianos que han perdido la capacidad de realizar actividades instrumentadas.*
- *Círculos de abuelos. Agrupaciones de carácter informal en la comunidad que promueven la participación del adulto mayor de modo activo y espontáneo en actividades de prevención de salud.*
- *Ayuda domiciliaria. Servicio social que incluye los servicios de lavado de ropa y limpieza del hogar a individuos de edad avanzada que viven solos. En caso de ser necesario, se asocia al servicio de ayuda económica.*
- *Reparación de viviendas. Servicio social destinado a mejorar, las condiciones habitacionales de los adultos mayores que no pueden asumir la responsabilidad de reparar su vivienda.*

Dentro de las estrategias que plantea el Programa cubano, se señala el diagnóstico detallado de la población de la tercera edad: ancianos que viven solos, sin amparo filial, impedidos físicos, impedidos físico - mentales, sordos y ciegos; así como el fomento de investigaciones de costo-beneficio y costo-eficacia del Programa.

La clave del éxito de la Atención Comunitaria al Adulto Mayor radica en el trabajo multidisciplinario e intersectorial. En la atención al adulto mayor en instituciones sociales, se realizan acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en los ancianos cuya única alternativa es

permanecer en una institución, pero con el apoyo de la familia y la comunidad contribuyendo así a elevar su calidad de vida.^{103/}

Podemos concluir que la ausencia de una política pública en salud, se habla de cobertura no de calidad, impide tener el marco para evaluar qué programas y acciones son las más costo-efectivas para el logro de los objetivos y metas. Debieran estar claramente definidas las políticas públicas, incluyendo cada etapa del ciclo de vida y la convergencia entre las políticas en las diferentes etapas del ciclo.

Programas dirigidos a la Salud Financiera:

En seguida se analizan los programas dirigidos a la salud financiera de los adultos mayores. Cabe señalar que el INAPAM dentro de sus acciones cuenta con la capacitación y la promoción de empleo, y de esta manera también coadyuva a la mejora en la situación económica de los adultos mayores.

VII. Oportunidades. Programa de Retiro (SEDESOL)

En 2006 se implementa la pensión de 250 pesos mensuales por cada uno de los adultos mayores de 70 años o más, de familias inscritas en el programa Oportunidades; el apoyo se otorgaba al titular beneficiario del Programa, por lo general la madre de familia, junto con el resto de sus transferencias y el beneficio estaba sujeto a cumplir con la corresponsabilidad de asistir semestralmente a una revisión médica. En dicho año, contó con un presupuesto de 2 mil 200 millones de pesos. También se propuso^{104/} que el programa incluyera un Mecanismo de Ahorro para el Retiro Oportunidades (MAROP) cuya finalidad era complementar el ahorro individual, con el propósito de que los adultos integrantes de familias beneficiarias del Programa Oportunidades pudieran contar con recursos a partir de que cumplieran 70 años para adquirir una renta vitalicia que contribuyera a mejorar su nivel de vida.

Así, las personas de 30 a 69 años tendrían derecho a abrir una cuenta individual con contribuciones voluntarias de 20 a 50 pesos al mes, en las que el gobierno federal depositaría un monto, incentivo social, que se determinaría con base en las Aportaciones Personales, no podría ser mayor que éstas ni que la Cuota Social prevista en la Ley del Seguro Social elevada al mes y se establecería en función de los recursos autorizados para este efecto en el Presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio fiscal correspondiente. Esa cuenta individual se abriría en la Administradora de Fondos (AFORE) para el retiro que determinara la Coordinación de Oportunidades, en función de las mejores condiciones ofrecidas en cuanto a costo, rendimiento y servicio.

^{103/} Alfonso, Juan C.; Esther Ma. León; Jesús Menéndez; Clara M. Marín; Néstor Arcia, y Leocadio Martínez. *Proyecto Salud Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe Cuba 2000. Capítulo 8. Uso y Acceso a Servicios de Salud y Sociales*. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005. Pág. 261.

^{104/} El 23 de marzo de 2006, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se establece el Mecanismo de Ahorro para el Retiro de Oportunidades. México, 2006.

Conclusiones:

MAROP es un planteamiento preventivo, abarca una etapa previa a la vejez. John Scott estimó que el programa de retiro beneficiaba a 733 mil personas mayores de 70 años y que el MAROP hubiera apoyado el ahorro de 7 millones de adultos.^{105/} Sin embargo, esta propuesta no prosperó aduciendo que el objetivo de Oportunidades no es incentivar el ahorro, cuando la visión original de los diseñadores del Programa fue invertir en las familias (educación, salud) a fin de asegurar cambios permanentes en los integrantes de las mismas.

Adicionalmente, el padrón de adultos mayores de Oportunidades que tenían más de 70 años, a partir de 2007 se transfirió al Programa de 70 y más, quedando sin el apoyo la población de entre 60 y 69 años de edad. En 2009, Oportunidades otorgaba apoyos a cerca de 70 mil adultos mayores que no se habían incorporado al Programa de 70 y más.

VIII. Programa de Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales.^{106/}

Surge como resultado del Acuerdo firmado el 28 de abril de 2003 entre el Gobierno Federal y las Organizaciones Campesinas, Sociales y de Productores. Su objetivo fue apoyar a los adultos mayores para que superaran las condiciones de pobreza y accedieran a mejores condiciones de vida.

Su población objetivo fueron los adultos mayores que tuvieran 60 años o más y que vivieran en localidades rurales de menos de 2,500 habitantes de alta y muy alta marginación, al tiempo que no recibieron apoyos de los programas de Desarrollo Humano Oportunidades, de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, de Apoyo Alimentario a cargo de Diconsa o del Programa de Atención a los Adultos Mayores de 70 años y más y que no fueran beneficiarios de programas estatales para adultos mayores.

El apoyo se otorgaba mediante la transferencia anual de \$2,100.00 en efectivo, que se les entregaba en un máximo de tres exhibiciones.

En 2006 con un presupuesto de 288 millones de pesos atendió a alrededor de 115 mil adultos de 60 y más y, en 2007 se ejercieron 137 millones de pesos de los 300 millones asignados originalmente, con lo que atendió únicamente a cerca de 60 mil adultos de 60 a 69 años de edad, ello seguramente para no duplicar los apoyos que otorga el Programa de 70 y más. En 2008 desaparece este Programa.

Los indicadores a lo que les daba seguimiento el Programa son los siguientes:

^{105/} Scott, John. *¿Sería factible Eliminar la Pobreza en la Tercera Edad en el ámbito nacional por medio de una Pensión Básica Universal?* México 2006.

^{106/} Sedesol. *Programa de Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales*. mimeo

Cuadro 19

Indicadores de Resultados. Programa de Atención Adultos Mayores

Nombre del indicador	Descripción
1. Índice de atención.	Número de apoyos entregados/ Número de apoyos programados
2. Eficacia presupuestal.	Recursos federales ejercidos/ Recursos federales programados
3. Eficiencia de cobertura.	Número de personas que recibieron el apoyo/ Número de personas que solicitaron el apoyo
4. Atención al género.	Número de mujeres beneficiadas/ Número total de beneficiarios
5. Índice de cobertura.	No. de personas que recibieron el apoyo No. total de población objetivo

Fuente: Reglas de Operación del Programa de Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales

Conclusiones:

En cuanto a los indicadores, todos ellos son de cobertura y no de impacto. La falta de un diagnóstico preciso no permitía obtener la razón correcta de los indicadores, ya que en el divisor en lugar del número de personas que requieren este apoyo, consideraba lo programado, lo que podía incentivar a programar a la baja, para tener resultados sobresalientes.

La evaluación externa realizada por la Universidad de Chapingo en 2007,^{107/} arroja que la ausencia de un diagnóstico de la problemática de los Adultos Mayores, trae como consecuencia la falta de claridad en los objetivos y metas del Programa y por ello de sus indicadores. Ello se reflejó en la imprecisión en el rango de edad de la población que requiere los apoyos, lo que debiera estar relacionado con cuándo deja de percibir ingresos la población, o cuándo se ve más mermada su condición de pobreza; si los requerimientos son homogéneos en los distintos tamaños de las localidades; si hay diferencia por género; por nivel educativo; entre otras.

Dentro de las causas de retención y suspensión de la entrega de apoyos figuraban: no acudir a la recepción del apoyo; duplicidad de apoyo; falseo de información; cambio de residencia; y por utilizar los recursos en apoyo a partidos políticos u organizaciones con fines partidistas. Como no hay claridad en el objetivo del Programa parece subjetivo el último motivo. Pudiera parecer más conveniente y objetiva la causal de consumo de alcohol, por ejemplo, ya que apoyar a organizaciones puede proporcionarles algún beneficio.

^{107/}

Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa de Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales. Universidad Autónoma de Chapingo. México, 2007.

IX. Programa de Atención a los Adultos Mayores 70 y Más^{108/} (Sedesol)

Surge en 2006 como resultado de una modificación al Programa de Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales. En su inicio contó con un presupuesto anual de 6,250 millones de pesos. Su objeto original fue contribuir a mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores de 70 y más años de edad, residentes en localidades rurales de hasta 2,500 habitantes, en todas las Entidades Federativas de la República Mexicana a través de un apoyo mensual de 500 pesos.

Busca mediante acciones de promoción y participación social y el otorgamiento de un apoyo económico, favorecer la integración de los adultos mayores a la vida familiar comunitaria, el fomento de una cultura de salud y la participación en actividades productivas. Hace visitas al hogar para verificar condiciones de vida e identificar incapacidades físicas. Formó una red solidaria con 60 mil facilitadores voluntarios integrados por adultos mayores e integrantes de su hogar, para favorecer la participación corresponsable de la comunidad en actividades de bienestar social.

Este Programa se coordina con Oportunidades para la entrega de apoyos; con IMSS y Salud para asegurar la atención a través de sus estrategias de intervención de PrevenIMSS y línea de vida, así como su red para la identificación de excluidos, bajas y comunicación en general, con INAPAM para otorgar beneficios por descuentos en medicamentos y transporte y con el INEA a través del modelo de capacitación para la vida y el trabajo.

En su arranque estimó atender a un millón de adultos mayores en alrededor de 70 mil localidades. Para ello, definió 7,000 sedes para la entrega de apoyos distribuidos en toda la República Mexicana.

Inició en los 100 municipios de mayor marginación y paulatinamente se ha ido ampliando a localidades de mayor tamaño. En 2008 estaba atendiendo a 1.6 millones de adultos mayores de 70 y más que habitan en localidades de hasta 10 mil habitantes. Contó con un presupuesto de 9.3 mil millones de pesos para su operación. En 2009 se sumaron los padrones del Programa de Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales y los de 70 y más de Oportunidades. En 2010 atiende a los adultos mayores en localidades de hasta 30 mil habitantes. Los beneficiarios reciben bimestralmente un apoyo de \$1,000.00 (quinientos pesos mensuales), apoyo económico de pago de marcha de 1,000.00 pesos a las personas nombradas como representantes por el beneficiario; siempre y cuando este último pertenezca al Padrón Activo de Beneficiarios.

El presupuesto del Programa para 2010 alcanza los 13.1 miles de millones de pesos, lo que significa poca más del doble de su presupuesto original; de los cuales 12.9 miles de millones son subsidios y 362 mil pesos, únicamente el 2.8%, gastos de operación. Para el bimestre marzo – abril de 2010, el Programa contaba con un Padrón Activo de Beneficiarios de 2.1 millones de adultos mayores que habitan en 76.4 mil localidades de hasta 30,000 habitantes.

^{108/} Programa de Atención a los Adultos Mayores 70 y Más. Secretaría de Desarrollo Social. Mayo, 2006.

El Programa le da seguimiento a siete indicadores, cuatro de cobertura y tres que aparentemente buscan medir el impacto del Programa. Los indicadores de cobertura se refieren a: 1) personas beneficiadas; 2) localidades cubiertas con entrega de apoyos y acciones para la mejora para la salud física y mental; 3) clubes y estancias; 4) jornadas informativas y formalización de gestores.

Los tres indicadores de impacto cuya fuente para su medición es la Encuesta de Satisfacción de Beneficiarios, se refieren a la percepción de usuarios en cuanto a mejora en sus condiciones, su ingreso y su protección social. La evaluación del Colegio Mexiquense, promovida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL,^{109/} encontró que entre 2008 y 2009, la percepción del estado de salud de la población beneficiaria mejoró. Se observó una disminución de los síntomas depresivos. Los adultos mayores, AM, declararon contar con redes sociales más fuertes; esto tuvo mayor incidencia en los adultos mayores indígenas. En los hogares con AM beneficiarios hay una menor proporción de inseguridad alimentaria que entre los hogares de los no beneficiarios. Las mujeres AM declararon participar más en las decisiones del hogar. También la evaluación señaló, que aún muchos AM desconocen o les resultan incomprensibles algunos aspectos del funcionamiento y mecanismos del Programa.

Conclusiones:

Sobresale el hecho de que este Programa se coordina con el INAPAM mas no es coordinado por este.

Scott señala que asignamos como sociedad un subsidio anual del orden de 41,600 millones de pesos en beneficio de 650 mil pensionados del sector público^{110/}, concentrados en los deciles de mayores ingresos, 5 mil pesos mensuales por pensionado, diez veces más de lo que otorga el Programa de 70 y más.

En cuando a indicadores, parece altamente probable que al recibir un ingreso la percepción sea favorable en los tres indicadores para todos los beneficiados. No se pregunta si es suficiente o se miden otros indicadores indirectos que pudieran reflejar una real mejora en la alimentación, vestido, medicamento, trato, por ejemplo.

Las propias Reglas de Operación del Programa señalan que dará cobertura hasta donde el presupuesto del Programa lo permita. Pero no hay un diagnóstico que posibilite estimar el número de ancianos pobres, aunque en los indicadores si se refieren a población objetivo.

Si tenemos en mente que el objetivo del Programa es que la población de 70 y más años supere las condiciones de pobreza alimentaria en que se encuentra y acceda a mejores condiciones de vida, debería tener un claro diagnóstico inicial de cuál es su situación alimentaria y sus condiciones de vida: qué come, cuántas veces al día come, cómo viste, si recibe o no los medicamentos que

^{109/} Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Informe de la Evaluación Especifica de Desempeño 2009-2010*. México, 2010.

^{110/} Scott John *¿Sería factible eliminar la pobreza en la tercera edad en el ámbito nacional por medio de una pensión universal?* México, 2006.

requiere y la meta debiera ser la mejora, en determinado tiempo, en un porcentaje definido, de esos indicadores. Los indicadores del Programa siempre van a hablar favorablemente del mismo y aunque el gasto de operación es muy bajo, no es posible medir el costo beneficio del mismo que nos pueda determinar primero si cumple con su objetivo y si lo hace con el mejor costo/beneficio o si es más rentable la entrega de suplementos alimenticios, de vales para ropa, por ejemplo.

En la entrevista con los directivos del Programa, se observó que no existe un trabajo de equipo. El enfoque principal es la entrega de los apoyos lo que se convierte en el fin último, dejando olvidada toda la riqueza de información que se tiene en las diferentes fases desde el registro de la población beneficiada que permitiría tener una línea basal, las encuestas cuya información no se explota y la entrega misma que permite un continuo contacto con los beneficiados para saber qué necesitan y si este programa ayuda o no a lo que ellos requieren.

Toda acción y programa de gobierno debiera estar enmarcado en una política pública que partiera de una diagnóstico inicial, una Visión que reflejara los valores jerarquizados y los objetivos y metas de qué y cuándo se pretende modificar. El Gobierno debe definir esas política, y con base en ello evaluar si programas como el de 70 y más que ya está operando, se debe o no ajustar, podría de manera justificada quedar igual o dar un giro dirigido a cumplir verdaderamente con su objetivo. Es un Programa con 13.1 millones de pesos, en beneficio de 2.1 millones de personas, en recursos es la tercera parte de recursos de Oportunidades que beneficia a alrededor de 18 millones de mexicanos en 100 mil localidades y en beneficiarios es la novena parte, es decir, significa el triple en recursos por beneficiario, por lo se esperaría que la mejora, medida con algún indicador objetivo, sobre las condiciones alimentarias y de vida de la población de 70 y más, fuera al menos, el triple que la observada en los 70 mil beneficiarios de la población de 70 y más en familias de Oportunidades para que en primera instancia justificara si ya no su existencia, si su ampliación, sin embargo, la inercia es que siga creciendo ahora a localidades mayores de 30 mil habitantes.

La evaluación externa realizada en 2007 por la Universidad Autónoma de Chapingo,^{111/} refuerza lo señalado anteriormente, así encontró que no hay una clara definición del Problema, por lo que el fin y el propósito del Programa tampoco están claramente identificados. Aunque la población objetivo está claramente precisada, no se justifica que el Programa sea universal y no se cuenta con evidencia para afirmar si el monto del apoyo económico es el adecuado; adicionalmente sugerían fusionar al Programa, a los adultos mayores del Programa Oportunidades.

Como ejemplo de pensiones sociales, un caso extremo es el modelo neozelandés que define una pensión fija universal, indexada a la inflación y que guarda una relación con el salario medio de la economía, no pudiendo ser menor al 65% de este, se entrega a todo ciudadano mayor de 65 años en forma independiente de su condición laboral. El costo de este beneficio ha

^{111/} Evaluación Externa del Programa de Atención a Adultos Mayores de 70 y más en zonas rurales. Universidad Autónoma de Chapingo. México, 2007. Mimeo.

llegado a representar alrededor de 5% del PIB en 2000 y se espera que sea algo inferior a 11% del PIB en 2050.^{112/}

Diversos estudios exploran los riesgos potenciales de las pensiones sociales relacionados con la creación de distorsiones en el mercado laboral y en el comportamiento del ahorro y en cuestiones relacionadas con la equidad horizontal, encontrando que en Brasil hay fuerte evidencia de que el plan de pensiones sociales rurales redujo el suministro de mano de obra en edad pre-retiro y al retiro inducido a edades tempranas. Por el contrario, en Sudáfrica el efecto global fue positivo ya que los ancianos redujeron el número de horas que trabajaban, facilitado la migración de los miembros más jóvenes de la familia, con un efecto positivo neto sobre el empleo familiar. Los autores encontraron pruebas en Chile y México que las pensiones sociales pueden conducir a los trabajadores al sector informal para evitar el pago de las contribuciones de seguridad social y beneficiarse de las pensiones sociales. En cuanto a las tasas de ahorro, pruebas de los Estados Unidos y España sugieren que el derecho a percibir pensiones sociales puede inducir los trabajadores a ahorrar menos.^{113/}

X. Pensiones

En México, las instituciones encargadas de la seguridad social son el IMSS, que es responsable de brindar servicios a la población ocupada en el sector privado y a sus familiares, así como a estudiantes de nivel medio superior y superior en escuelas del Sistema Educativo Nacional y el ISSSTE, el cual proporciona servicios a los empleados del gobierno y sus familiares.

Por su parte, las secretarías de Marina y de la Defensa Nacional mediante el ISSFAM, son responsables de brindar servicios de seguridad social a los trabajadores y sus familiares, además hay otros sistemas como es el caso de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Comisión Federal de Electricidad (CFE), del Banco de México, Nafinsa y Bancomext. Así también, con el mismo espíritu del ISSSTE, se crearon los “istes” de los estados. Adicionalmente existen otras instituciones, generalmente de carácter privado, con las que de manera voluntaria las personas o sus empleadores acuerdan la prestación de servicios de salud.

En México, no hay un solo sistema público de pensiones igual a otro, aunque prácticamente todos son de beneficio definido y otorgan pensiones por vejez, invalidez y fallecimiento entre otras prestaciones.

Las instituciones que conforman el sistema de pensiones en México muestran incapacidad y agotamiento manifestado por su falta de amplitud en la cobertura de la población pensionada (alrededor del 20% en las áreas urbanas a nivel nacional y de 4% en las rurales, cifras más alarmantes si se analiza la

^{112/} Ham Chande, Roberto y Berenice P. Ramírez (Coordinadores). Efectos Económicos de los Sistemas de Pensiones. Pág. 33. El Colegio de la Frontera Norte. Plaza y Valdés Editores. México, 2006.

^{113/} Cotlear Daniel. Population Aging: is Latin America Ready?. Pág. 15...

información por regiones ó deciles de la población);^{114/} pensiones que no alcanzan para cubrir las necesidades más apremiantes para este grupo de personas; diversidad de sistemas e instituciones:^{115/}

La normatividad sobre seguridad social en México surge en 1925 con la Ley General de Pensiones Civiles de Retiro. Esta Ley se dirigía a todo encargado de un servicio público que no fuera militar; no cubría los campos esenciales de atención a la salud y de la protección al salario, sino que se limitaba a fijar las bases del retiro del trabajador y a fijar pensiones para él y sus descendientes, funcionando como caja de pensiones al autorizar en su reglamento préstamos en efectivo de corto plazo y préstamos hipotecarios, daba derecho a una pensión máxima del 50% del sueldo que recibía el empleado al ocurrir el retiro.

En 1926 se expidió la Ley de Retiros y Pensiones del Ejército y la Armada Nacional. Esta Ley daba a los empleados del gobierno en funciones militares el derecho a una pensión equivalente el ingreso que tuviere en el momento de retiro, es decir, el 100% de sus últimas percepciones. Otra ventaja de los militares, es que podían seguir recibiendo la pensión y desempeñarse como empleados civiles.

Cerca de dos décadas después, en 1943, y como resultado de la industrialización y del consecuente incremento en los asalariados, surge la primera Ley del Seguro Social, LSS. La organización creada para llevar a cabo esta Ley es el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS.

La LSS de 1943 solo contemplaba el régimen obligatorio, comprendiendo en el mismo tres ramos de seguros específicos: 1) seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; 2) seguro de enfermedades no profesionales y maternidad; y 3) seguro de invalidez, vejez, cesantía y muerte. Dicha legislación no establecía un régimen voluntario de aseguramiento.

114/

Los estados del Sur están considerablemente rezagados en cuanto a la cobertura de seguro social entre los ancianos. Así, analizando los datos del Censo General de Población y Vivienda, 2000 estiman que alrededor del 10.5% de la población urbana de los estados del Sur y el 2.1% de la rural, reciben pensiones y que la tasa de cobertura de seguro de salud es de alrededor del 22% de la población, en comparación con la tasa de cobertura nacional de 60%. También resalta el hecho que la relación entre reservas y desembolsos para cubrir pensiones es cercana al 50% en Chiapas, cifra muy superior a la de otros Estados pobres; así es de 4.6% en Michoacán y de 0% en Oaxaca. Estas posiciones financieras entrañan grandes costos sociales, ya que mientras más fondos públicos se requieran para financiar los fondos de pensiones más se convierten en mecanismos redistributivos regresivos. Esto se observa en dos momentos, tanto para financiar las pensiones como para establecer los fondos. Así, en Chiapas el Gobierno para cubrir las aportaciones a los ingresos de los empleados del sector público, población que representan menos del 0.5% del total y, por lo general, no es pobre, y ofrecerles atención a la salud, pensiones de jubilación y préstamos subsidiados, usa el 40% de las recaudaciones impositivas del estado; el segundo momento es al cubrir las pensiones. Hall Gillette; Layton, Heather; y Toscazo, María Guadalupe. Estudios Económicos y Sectoriales 2000-2008. Sedesol. Programa de Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales. Banco Mundial. Mimeo.

115/

Dentro de los múltiples sistemas de pensiones que persisten adicionales al SAR, el de las Universidades Públicas es uno de los más complejos. Las universidades otorgan pensiones por antigüedad, sin importar edad, lo cual redundo en jubilaciones en edad temprana, y encarece las primas requeridas, debido a que se cuenta con un plazo de amortización muy corto y un período de pago de beneficios largo.

La LSS de 1973, amplió la cobertura de las ramas de seguro que integran el régimen obligatorio y creó las prestaciones sociales. En un principio, el régimen obligatorio contemplaba cuatro ramos de seguro, a saber: 1) el seguro de riesgos de trabajo; 2) el de enfermedades generales y maternidad; 3) el de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte; y 4) el de guardería para hijos de asegurados.

En 1958, nace el Instituto de Servicios y Seguridad Social para Trabajadores del Estado, ISSSTE, que a través de un sistema integrado con diversos fondos cubre un conjunto de 21 prestaciones, tres de ellas médicas, seis sociales y doce económicas, que se refieren a servicios médicos, riesgos de trabajo, pensiones, ahorro para el retiro, préstamos, vivienda y servicios sociales y culturales.

Conclusiones:

Los sistemas de pensiones presentan problemas de viabilidad financiera por ello se han reformado los tres más relevantes en el país, el del ISSSTE, el del IMSS y el de la Comisión Federal de Electricidad. El pasivo pensionario en México representa más de 117% de su Producto Interno Bruto.

Recientes Reformas^{116/}

La transición demográfica no es homogénea en el país. Así, para los afiliados al IMSS y el ISSSTE, la población de la tercera edad se va a duplicar cada 10.3 años, es decir, el incremento en el número de la población anciana asegurada va a tomar la mitad de tiempo que el de la población no asegurada. Esto es muy probable que se explique por el fuerte crecimiento de trabajadores formales en las décadas de los años sesenta y setenta y por el mayor crecimiento del sector informal en México a partir de los años ochenta.^{117/}

IMSS

El IMSS cubre a alrededor de 44.5 millones de afiliados, 50% de la población total. La reforma del IMSS, como otras reformas recientes a los sistemas de seguridad social en América Latina, se enfocó principalmente en la generación de un mecanismo eficiente de ahorro para el retiro, dejando de lado la parte de protección social.

Las reformas recientes a la seguridad social se inician en 1992 con la creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) constituyéndose en un quinto Ramo para el régimen de seguro obligatorio, retiro. Este mecanismo adicional de ahorro que está basado en cuentas de capitalización individual, abre un espacio al sector privado para administrar el 2% del salario base.

^{116/} En el Foro de Especialistas de Seguridad Social llevado a cabo en 2008, Carlos de la Fuente, presenta las siguientes críticas al Sistema de Capitalización Individual: 1) implica la abolición del principio de solidaridad; las comisiones son muy altas; constituyen un fondo de ahorro; no se trata de un sistema plenamente confiable; el sistema de comisiones no es estable y queda sujeto a aumentos no previsibles; Los descuentos a los titulares solo se advierten al final, cuando se hace uso de la pensión.

^{117/} Nava Bolaños, Isalia y Roberto Ham-Chande. Dividendos Demográficos y el Sistema de Pensiones de Retiro. Papeles de Población. número 050. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca. México, 2006.

Lo más trascendente de esta legislación es haber incorporado un régimen voluntario, conformado por dos grupos específicos: a) el seguro facultativo y b) los seguros adicionales, mismos que sumados a otras figuras jurídicas tales como la incorporación voluntaria y la propia continuación voluntaria en el régimen obligatorio, constituyeron un avance en los esquemas de protección, extendiéndolo a otros sectores no necesariamente vinculados a una relación laboral.

El segundo paso fue la reforma a la Ley del IMSS, aprobada en 1995 y puesta en vigor el primero de julio de 1997. Esta Reforma tiene como propósito ampliar la capacidad de disposición de la cuenta individual en caso de desempleo y redistribuir la cuota social que aporta el Gobierno Federal, incrementándola a favor de los trabajadores con menores ingresos.

Sin embargo, es probable que la mayoría de los trabajadores de bajos ingresos ni siquiera alcance la pensión mínima garantizada (de un salario mínimo), ya que no estarán en la formalidad las 1,250 semanas (casi 25 años) que requiere la Ley para alcanzar este derecho.

Hay datos que resultan indicativos de la conducta de los trabajadores con respecto al ahorro para el retiro.

- Desde 2005 los trabajadores informales tienen la opción de abrir una cuenta de ahorro para el retiro en la Afore de su elección; sin embargo, hasta 2006 de un universo potencial de 25 millones que podían hacerlo, sólo 4,469 lo habían hecho.
- Los trabajadores formales tienen la opción de canalizar voluntariamente recursos adicionales para el retiro en su Afore; sin embargo, en el período 1997-2006, el ahorro voluntario representó menos del 1% del ahorro total en las Afores.
- Los trabajadores informales tienen la opción de inscribirse en el IMSS y cotizar para un paquete de protección integrado por seguro médico, un seguro de invalidez y vida, y una pensión de retiro sobre la base de un salario mínimo (a través de la modalidad denominada Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio); sin embargo, se requiere de incentivos que promuevan un cambio en el comportamiento y en la cultura; en 2006 menos del 2% de los 25 millones de trabajadores que podían optar por esta modalidad lo hacía. La evidencia es clara: los trabajadores no ahorran voluntariamente para su retiro en las Afores, por lo que a mayor informalidad menor será el número de trabajadores que tengan una pensión de retiro.
- En la cotización a los distintos sistemas de seguridad social del país: apenas una tercera parte (34.1%) de la PEA constituye una reserva para el eventual goce de una pensión de vejez o cesantía, algo mayor en las mujeres (36.7%) que en los hombres (32.8%).^{118/}

^{118/} *Mercado Laboral y Seguridad Social en una Sociedad que Envejece*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. (México, 2005).

ISSSTE

En poco más de 40 años la población derechohabiente creció casi 20 veces, al pasar de 487,700 en 1960 a 10.6 millones de personas en el 2000, lo que representa el 9.9% de la población nacional. De ellos, 2.4 millones son trabajadores en activo, 0.5 millones están pensionados, 7.2 millones son familiares de los trabajadores y 0.5 millones familiares de los pensionados.^{119/}

En los últimos 25 años, los trabajadores con derecho a pensión pasaron del 7% en 1980, a más del 13% en 2001; la relación entre trabajadores activos y pensionados se redujo de 20.4 a 3.8; la expectativa de vida al jubilarse creció de 2.5 años a 19.

Entre 1996 y 2005 la edad promedio de los trabajadores se ha mantenido en 41 años y su antigüedad en 15, en 2005 el sueldo mensual promedio de cotización fue de 6,716 pesos, 4.78 veces el Salario Mínimo. La edad promedio de los pensionados pasó de 61 en 1996 a 64 en 2005 y la pensión mensual promedio pasó de 3,818 en 1996, a pesos de 2005, a 6,010 en 2005.^{68/}

Desde 1993 el fondo de pensiones era deficitario. En 2005 del total de gasto del ISSSTE, 73.6 miles de millones de pesos, las pensiones absorbieron 55.7% y los servicios personales 23.7%, dejando únicamente un 20.6% para la operación. En dicho año, el gasto en pensiones fue de 42 mil millones de pesos y las cuotas de trabajadores y gobierno únicamente de 11 mil millones de pesos, con lo que el déficit superó los 31 mil millones de pesos, que el gobierno federal debió financiar a través de subsidio federal.^{120/}

En 2007 se reformó el sistema de pensiones del ISSSTE en la búsqueda por sanear las finanzas de este Instituto. Dicha reforma, es una transformación integral en la cual el gobierno federal asume la responsabilidad de pagar por adelantado la deuda de pensiones de los trabajadores actuales y cubrir las pensiones de los jubilados; los trabajadores activos optaron por mantenerse en el sistema anterior con reformas graduales o migrar a un nuevo sistema en el que se reconoce su antigüedad a través de un bono garantizado.

El nuevo sistema está basado en cuentas individuales para dar portabilidad a los derechos pensionarios de los trabajadores, flexibilidad en la edad de retiro y certidumbre jurídica a los trabajadores que se les pagara su pensión. Este sistema sigue siendo solidario en beneficio de los que menos tienen, ya que en este nuevo sistema, el gobierno aportará una cuota social fija independientemente del salario, con lo cual los trabajadores que menos ganan recibirán una mayor aportación por parte del Estado y cuando un trabajador no logre acumular suficientes recursos durante su vida laboral para pagar una pensión mínima garantizada, el gobierno aportará los recursos necesarios.

^{119/} ISSSTE. Numeralia 2005. Subdirección General de Finanzas. Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional.

^{120/} Vázquez Garrido, Lupita y Adolfo Gutiérrez Chávez. *Pensiones del ISSSTE: una reforma para asegurar tu futuro*. Revista Informática de distribución Interna, SHCP. Una Sola Hacienda. México. Julio, 2006.

CFE

La CFE y el Sindicato Único de Trabajadores Electricistas (SUTERM) celebraron el 18 de agosto de 2008, un convenio que marca la entrada en vigor de un nuevo régimen de jubilaciones para los trabajadores que se incorporen a CFE después esa fecha. Este convenio busca asegurar recursos económicos suficientes para hacer frente a los compromisos actuales y futuros relacionados con el pago de las jubilaciones para trabajadores sindicalizados y de confianza. Además, representa un ahorro para la empresa con un valor superior a los 200 mil millones de pesos. Las principales características de este esquema de pensiones son:

- ✓ La creación de cuentas individuales de jubilación, en las cuales el trabajador aportará el 5% de su salario base de cotización y la CFE el 7.5%.
- ✓ Los fondos serán administrados en los términos que definan la CFE y el SUTERM, con base en la normatividad establecida por la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR).
- ✓ Las cuentas serán adicionales e independientes de los derechos acumulados por el trabajador en el esquema IMSS-AFORE.
- ✓ El tiempo de servicio en la empresa para los nuevos trabajadores se incrementa en cinco años, así en el caso de los hombres es de 35 años de servicio con 60 años de edad y 35 años de servicio sin límite de edad, en el caso de las mujeres 30 años de servicio sin límite de edad, con excepción de los trabajadores de mayor riesgo cuyas condiciones no se modifican y quedan definidas por el Contrato Colectivo de Trabajo.

Conclusiones:

Los esquemas de protección ofrecen una cobertura estratificada, fragmentaria y de limitada cuantía y no parten en ningún momento de la definición de un nivel mínimo requerido y alternativas para incentivar a la futura población de la tercera edad que cuenta que la solvencia financiera.

Las principales premisas de la reformas a los sistema de seguridad social fueron que la sustitución de sistemas públicos por privados eliminaría los problemas de evasión, mora, asignación inadecuada de recursos fiscales, inversión ineficiente, entre otros e incrementaría el ahorro nacional; el mercado de valores; el rendimiento real de la inversión; el desarrollo económico y la creación de empleos; además de garantizar pensiones adecuadas y equitativas. El primer cuestionamiento que surge es qué significa para los reformadores una pensión adecuada.

Las reformas a los antiguos sistemas de pensiones, se han enfocado en tres aspectos:

- ✓ *Capitalización: Tendencia a reemplazar el régimen financiero de reparto de los sistemas de pensiones, por uno de capitalización individual.*

- ✓ *Privatización: Otorgar un papel más importante a los organismos del sector privado en lo relativo al manejo financiero, y a las Instituciones de seguridad social, la operación de las prestaciones.*
- ✓ *Regulación descentralizada: Alentar la creación de entidades que regulan las operaciones de los actores involucrados en el régimen; trátase de instituciones, trabajadores, beneficiarios, particulares, etc.*

En Banco Mundial en su análisis sobre la protección social afirma que el objetivo de una reforma a las pensiones bien diseñada, es establecer sistemas que sean:

- ✚ *sostenibles en términos financieros, lo que implica reducir los beneficios y/o elevar las tasas de aportaciones;*
- ✚ *eficientes mediante un sistema de cuentas individuales de manera que no distorsionen la movilidad laboral; y,*
- ✚ *equitativos de manera que los beneficios que otorguen estén en función de las aportaciones.^{121/}*

Efectivamente estos han sido los ejes de las reformas a las pensiones. En ningún momento se sugiere el objetivo de asegurar una vida digna a la población de la tercera edad. Efectivamente es justo dar más a quien aportó más, pero la pregunta a resolver es qué se debe hacer para asegurar una vida digna, qué opciones hay y cuál es la más costo-efectiva.

Las transiciones demográficas, epidemiológicas y socio-económica inciden fuertemente sobre la viabilidad de los sistemas de pensiones y sobre la situación de los pensionados. Así, actualmente la vida de una persona como pensionado es de alrededor de 18 años, en tanto que la pensión correspondiente a la viuda es de 12 años más, es decir, un promedio de 30 años, mientras que la antigüedad promedio de cotización es de solo 20 años. Entre 1998 y 2005 los pensionados pasaron de 612 mil a 993 mil. En términos de gastos, estas se incrementaron de 5 527 millones a 15 638 millones, a precios de 2004.^{122/}

Los adultos actualmente activos, deben, por un lado, proporcionar ayuda familiar a los ancianos, y por el otro, prepararse para su propia vejez sin esperar tanto apoyo de la familia como reciben las generaciones actuales de ancianos.

Los resultados del levantamiento de la encuesta que en esta investigación se realizó a personal activo en las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de educación, arrojan que el 69.6%, apoya a sus padres; El 71.2% tiene uno o los dos padres vivos; Solo el 36.2% de los padres está pensionado. El promedio de hijos resulta ser la mitad que el promedio en el número de hermanos, 1.6 contra 3.2.

^{121/} Hall, Gillette; Heather Layton; y María Guadalupe Toscazo Banco Mundial, Estudios Económicos y Sectoriales 2000-2008. Mimeo.

^{122/} Nava Bolaños, Isalia y Roberto Ham Chande. Dividendos *Demográficos y el Sistema de Pensiones de Retiro*. Papeles de Población, oct-dic, número 050. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México, 2006. págs. 81 y 87.

Originalmente, los objetivos de los sistemas públicos de pensiones de seguridad social fueron el mantenimiento del nivel de vida en caso de vejez, invalidez y muerte, mediante una solidaridad entre grupos de la población y entre generaciones.

La seguridad social es un componente clave de los sistemas de protección social y, como tal, debiera regirse bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Sin embargo, los sistemas de seguridad social se han diseñado habitualmente condicionando el acceso a sus prestaciones a la capacidad contributiva de los afiliados, pero sobre todo a su inserción en el mercado de trabajo porque son muy disímiles las condiciones en función de quien es el patrón y ahí juega un papel muy importante los logros del sindicato en cuestión. Por este motivo, los gastos en seguridad social resultan altamente regresivos, favoreciendo a quienes tienen una mejor inserción laboral (empleos formales con mayor capacidad contributiva). Ello se ve claramente con la disparidad en los montos de las pensiones.

Cuadro 20

Monto Promedio por Pensión

ASEGURADOR	MONTO PROMEDIO MENSUAL, 2006
LFC	33,080
CFE	25,631
PEMEX	22,212
IMSS Asegurador	3,376
ISSSTE	6,601
Total	4,790

Fuente: John Scott (2006).

Dada la falta de universalidad en la seguridad social, los programas de protección social nacieron junto a los programas de seguridad social hace más de seis décadas. En paralelo el crecimiento del IMSS, del Infonavit y, recientemente, de las Afores, durante sucesivas administraciones federales (y en algunos casos estatales) se han creado distintos programas de vivienda, de salud, de guarderías y, más recientemente, de apoyo a adultos mayores. Lo que sí es nuevo es que a lo largo de la última década los subsidios federales a los programas de protección social han crecido mucho más rápidamente que los canalizados a la seguridad social: en el período 1998-2007 los primeros aumentaron 108% en términos reales, mientras que los segundos lo hicieron en 57%. El resultado es que en 2007 el PEF canalizó aproximadamente 1.8% del PIB a subsidiar los programas de protección social y 0.6% a los programas de seguridad social.^{123/}

El Banco Mundial determina cinco pilares para adecuar de mejor manera a los sistemas de pensiones mezclando pensiones sociales, de cuentas individuales

^{123/} Levy, Santiago. *Buenas Intenciones, Malos Resultados: Política Social, Informalidad y Crecimiento Económico en México*. BID. Brookings, Institution Press. Washington, 2008.

y de apoyo social/familiar. 1) de carácter redistributivo de beneficios definidos, no contributivo, dirigido a personas sin ingresos, sin posibilidad de cotizar o de cumplir con las condiciones de jubilación; 2) contributivo, obligatorio, destinado a una protección mínima y definida a quienes hayan trabajado. 3) obligatorio caracterizado por aportaciones definidas, de administración privada y orientado a constituir un fondo de ahorro provisional, orientado al aumento de las tasas de cotización, otorgando pensiones por tiempo de trabajo, no por edad, estableciendo mínimos y máximos y una cuenta individual de capitalización colectiva que forme parte de un fondo solidario de administración pública. 4) aportaciones voluntarias, cuentas individuales y administración privada. Por último, 5) condiciones familiares y sociales que apoyen a la vejez.^{124/}

Una pregunta básica es la formulada por Andras Uthoff referente a si es posible conciliar propuestas para estructurar un sistema de protección social que incluya aseguramiento, ahorro, retribución y solidaridad.^{125/}

La respuesta a esta interrogante se puede encontrar en la experiencia canadiense. Así, el sistema de pensiones de Canadá incluye componentes públicos y privados, agrupados en tres pilares que funcionan en forma coordinada para prevenir y aliviar la pobreza en la tercera edad y evitar una disminución de la calidad de vida de los canadienses una vez que se jubilan.

El primer pilar es el programa de Seguridad de Vejez (Old Age Security-OAS), el cual está compuesto por tres elementos: a) una pensión básica que es un beneficio no-contributivo que se otorga prácticamente a toda persona de 65 años y más que haya sido residente de Canadá, por al menos 10 años; b) un suplemento garantizado de ingreso (Guaranteed Income Supplement- GIS) para personas de la tercera edad de bajos ingresos, lo que les permite un ingreso básico garantizado; y c) una subvención (allowance) que es un suplemento otorgado en forma mensual al cónyuge o a la pareja titular del GIS, en vida o fallecido, quien percibe bajos ingresos y tenga entre 60 y 64 años.^{126/}

El segundo pilar del sistema se compone del Plan de Pensión Canadiense (Canadá Pension Plan- CPP) y el Plan de Pensión de Quebec (Quebec Pension Plan- QPP). Tanto el CPP como el QPP son programas sociales contributivos directamente relacionados al ingreso, siendo estos públicamente administrados y de carácter obligatorio (es contribuyente toda persona en Canadá mayor de 18 años que gane más de 3,500 dólares al año). Aquí hay un claro incentivo que conlleva a un cambio de cultura.

El CPP y el QPP entraron en vigor el 1ero de enero de 1966. En 1998 observaron cambios significativos en materia de política de inversión, de beneficios y tasa de contribución para asegurar la sustentabilidad a largo plazo

^{124/} Ham Chande, Roberto y Berenice P. Ramírez (Coordinadores). *Efectos Económicos de los Sistemas de Pensiones*. El Colegio de la Frontera Norte. Plaza y Valdés Editores. México, 2006. Pág. 409.

^{125/} *Ibid*

^{126/} Esto resulta muy interesante ya que en México el ISSTE cubre la pensión a las viudas independientemente de su edad y puede estarle dando la pensión durante cinco o seis décadas. Un ejemplo son las viudas de la Revolución, que las que viven, hoy día siguen recibiendo una pensión.

de dichas pensiones. Se proyecta que el CPP se mantenga en las tarifas actuales de contribución por los próximos 75 años y que los gastos en el OPAS/GIS aumenten en un 3% del PIB durante los próximos 30 años, desde el actual 2.4%. La tasa de contribución es del 9.9% de los ingresos brutos, divididos en partes iguales por empleado y empleador. Es simple, la pregunta es si alcanza para lo que cada persona requiere. Se desconoce si hay una orientación pero sería deseable que la hubiera en que cada persona pudiera planear su retiro y pudiera definir, que espera y necesita y que debe hacer en su vida activa para lograrlo.

El tercer pilar se compone por los instrumentos de ahorro particulares como es el Plan de Pensión Registrado (Registered Pension Plan- RPP) que son acuerdos contractuales entre el empleador y el empleado y suelen conformar parte del paquete salarial, comúnmente se conoce como plan de pensión colectivo y el Plan de Ahorro de Jubilados Registrado (Registered Retirement Saving Plan (RRSP) que son instrumentos de ahorro voluntarios y personales que permiten al contribuyente aumentar sus ahorros, libres de impuestos, hasta su jubilación. También incluye los ingresos obtenidos por inversiones y herencias.

En Canadá, la tasa de reemplazo de ingresos de la pensión pública (OAS, GIS, CPP/QPP) es altamente progresiva. Reemplaza gran parte de la pensión de jubilación en los grupos de bajos ingresos pero menos de la mitad en los grupos de altos ingresos. Debido a esta característica del diseño, los grupos de ingresos medios a altos deben depender mayormente de las pensiones derivadas del empleo y de otros ahorros particulares para mantener su nivel de vida tras jubilarse.^{127/}

El CPP proporciona pensiones por jubilación, beneficios por discapacidad, para menores, para conyugues de un fallecido y por muerte. En 2006, el 71% de todos los gastos CPP fueron compuestos por pensiones por jubilación; En 2007, el monto máximo mensual de pensión por jubilación era de 863.75 dólares canadienses. El monto promedio anual por pago de pensión en 2005 fue de 7,123 para beneficiarios y 4,221 dólares canadienses para beneficiarias. La edad para recibir la pensión es a los 65 años; sin embargo puede beneficiarse desde los 60, obteniendo el 70% del monto pagadero a los 65. Si se recibe a los 70, aplica el mismo factor y se percibe un 130% del monto pagadero a los 65.

Canadá tiene convenios de seguridad social con algunos países en los que un residente canadiense que ha vivido o trabajado, puede en esos casos obtener prestaciones del Plan de Pensiones de Canadá.

En 1974, surge en estados Unidos el Plan 401 (k) o plan de contribución definida e impuestos diferidos. El trabajador decide la cantidad de sus ingresos con los que desea contribuir al plan. Las compañías compensan una porción de la contribución. Las ventajas por invertir en un plan 401 (k) son varias: Los ahorros se deducen automáticamente del sueldo, lo que provoca que ahorrar para la jubilación sea más fácil y cómodo; el monto de contribución se deduce

127/

Ottawa, Canadá. Ministro de Recursos Humanos y Desarrollo Social. Visión General del Sistema de Pensiones Canadiense.

del salario antes de pagar impuestos; en muchos casos el empleador da un incentivo para ahorrar compensando una porción de los ahorros.

Además de los planes 401(k), existen los planes 403 (b) para empleados de escuelas públicas y personas que trabajan en organizaciones religiosas y sin fines de lucro; así como los planes 457 para empleados gubernamentales.

En Estados Unidos hay dos formas importantes de hipotecas inversas: la hipoteca de conversión de equidad casera (HECM, por sus siglas en inglés) y la hipoteca casera del encargado^{128/}. HECM ofrece a los ancianos hipotecar la parte de la casa que le corresponda y convertirla en efectivo. Este préstamo es diseñado por el departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano y la Administración Federal de Vivienda de Estados Unidos. Con HECM, los prestatarios pueden utilizar los ingresos de sus préstamos mientras eligen el plan de pago que prefieren. Una vez que el préstamo llegue a estar activo, el valor del préstamo es soportado por el valor de su hogar y no necesita pagar hasta que muera, venda su propiedad o deja de ocupar su residencia por 12 meses. Las desventajas son que una vez que se obtiene el dinero en efectivo los intereses son altos y variables, equivalentes a una tarjeta de crédito; los cargos iniciales son más altos que en las hipotecas convencionales; los préstamos requieren que la vivienda se encuentre en buenas condiciones y, en su caso, los costos de reparación se suman al préstamo; el préstamo no es por el valor total a fin de garantizar el pago de intereses.

Por su parte, la hipoteca casera es una hipoteca inversa que ofrece más opciones que el HECM. Es diseñada por Fannie Mae el inversionista más grande para las hipotecas caseras. En este plan, los prestatarios pueden elegir entre cuotas mensuales de por vida, una línea de crédito, o una combinación entre la cuota y la línea de crédito.

Por su parte en España, es importante tener en cuenta que ninguna pensión de jubilación posibilita acceder a una residencia privada, al tiempo que conseguir la admisión en una residencia pública, es muy difícil debido a la escasez de plazas disponibles.

La hipoteca inversa es un préstamo que permite a una persona mayor recibir un complemento mensual a su pensión, por un período que oscila entre 10 y 20 años, a un interés fijo de alrededor de 5%, con su vivienda como garantía. Mientras menor sea el período y la edad mayor, es más el monto que recibe mensualmente.

Antes existía el seguro vivienda pensión^{129/} que surgió en España a principios de los años noventa, en que una persona jubilada podía conseguir una renta vitalicia pero a cambio la vivienda pasaba a ser propiedad del banco cuanto el titular fallecía. No tuvo éxito porque independientemente del tiempo de la

^{128/} www.articulosinformativos.com.mx/Hipoteca_Inversa

^{129/} Esta modalidad surgió en la década de los sesenta en el Reino Unido, tuvo su auge en 2003. En 2004 se suscribieron 26 mil operaciones en Gran Bretaña y 35 mil en Estados Unidos. El promedio de edad de los prestatarios en estadounidenses fue de 74 años; el 49% mujeres solteras. El valor promedio de las propiedades involucradas fue de 219,500 dólares. La Vivienda Pensión y la llamada Hipoteca Inversa son una buena alternativa para muchos jubilados y mayores. www.demayores.com/2006/02/13/la-vivienda-pension-y-la-llamada-hipoteca-inversa.

pensión, los herederos perdían la propiedad. Este tipo de seguro tiene un tratamiento fiscal ventajoso frente a otros productos de jubilación como pueden ser los planes de pensiones. Así, las rentas vitalicias están exentas en un 80% del impuesto sobre la renta, siempre que el titular tenga más de 70 años; mientras que las cantidades percibidas en un plan de pensiones se consideran rentas de trabajo y pagan la totalidad del impuesto.^{130/}

A diferencia del seguro vivienda pensión, en la hipoteca inversa el titular además de recibir los beneficios fiscales, no pierde la vivienda ni deja de ser su único propietario y tras su fallecimiento ese patrimonio pasa a sus herederos, quienes deberán hacer frente a la devolución de las cantidades que la persona mayor recibió. Sus opciones son quedarse con la vivienda y cubrir el adeudo o venderla y abonar la deuda contraída.^{131/}

Otras características de la hipoteca inversa es que es habitual que se exija una edad mínima de 70 ó incluso 75 años; las modalidades de cobro de la hipoteca inversa son la renta de por vida o la renta durante un período limitado, para el banco sólo existe la renta para un período determinado y superadas ciertas expectativas de vida, una compañía de seguros se hace cargo de la mensualidad; y, la liquidación de la operación se produce por los herederos, bien asumiendo la hipoteca constituida o bien cancelándola al vender la vivienda. Es importante señalar que el adulto mayor puede en cualquier momento devolver todo o parte del préstamo con una mínima penalización.

Resulta interesante analizar los programas de Japón, ya que este país tiene la expectativa de vida más alta a nivel mundial y en donde se confirma la posibilidad de combinar un sistema de seguridad social, que abarca tanto pensión para la vejez como planes médicos, con un seguro de cuidados de largo plazo. Los beneficios por pensión y los médicos representaban 22 y 57% respectivamente, del gasto total en seguridad social en 1965, en 2002 los porcentajes fueron de 53% y 31%, respectivamente. Cuando los fondos de pensiones se establecieron, se organizaron bajo el principio de reserva financiera. Entre 1965 y 2002, la cantidad de fondos de reserva de todas las pensiones públicas crecieron de cerca de cero hasta alcanzar un tercio del Producto Nacional Bruto (PNB).^{132/}

La cantidad absoluta de recursos financieros asignados a los planes de cuidado médico han crecido continuamente, y eso se reflejó en una mejora en la salud y en la expectativa de vida. El Sr. Ogawa estimó que la población que en promedio tiene 60 años tiene más de 50 millones de yenes (500,000 dls.), sin incluir el valor de las pensiones privadas.^{133/}

En Japón, al igual que Canadá, estar inscrito en un programa de pensiones público es obligatorio para todos los trabajadores, incluyendo a los trabajadores por cuenta propia. El pago de pensiones a los trabajadores por cuenta propia

^{130/} Aparicio, Luis. *Una pensión gracias a la Casa. El "boom" inmobiliario hace más atractivo el seguro de renta vitalicia para vivienda que tan poco éxito ha tenido en España.* El País, reportaje Agosto, 2004.

^{131/} *La hipoteca inversa una solución para muchos en la vejez.* De mayores.Com. Julio, 2008.

^{132/} Naohiro Ogawa. *United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures.* México, 2005.

^{133/} *Ibid*

tiene poco efecto sobre su tasa de participación laboral, debido principalmente a que los requisitos para obtener los beneficios no están ligados con su salida del mercado laboral sino que se otorga automáticamente a los 65 años, además el valor promedio de los beneficios es bajo en relación con el que reciben los asalariados.

En Japón, uno de los principales factores detrás de la alta participación laboral de los trabajadores mayores es la posibilidad de que a medida que el trabajador envejece transite hacia trabajo de medio tiempo, es decir, el retiro no es en este caso una decisión de todo o nada.

Una característica importante de la tasa de participación laboral de los adultos mayores en Japón no es sólo su alto nivel (en 1960 alrededor del 70% de los adultos mayores en el grupo de edad de 65 a 69 se encontraba en el mercado laboral, porcentaje que en 1990 se situó en 53%) sino que además la tendencia decreciente se ha revertido desde 1988.^{134/}

De este Capítulo se puede concluir que hay una confusión al pretender que la existencia de programas y acciones enfocados a la población de la tercera edad signifiquen que haya una política pública de envejecimiento y es la ausencia de esa Política lo que invita a la proliferación de programas y acciones algunos duplicados y todos sin resultados definitivos.

Por ello, resulta urgente que el Gobierno plante efectivamente políticas públicas con una visión de largo plazo y a la luz de ello, revise la efectividad de los cambios implementados en las últimas décadas para el aparente mejor funcionamiento del Gobierno. Se ha hecho un esfuerzo por aplicar algunos de los postulados de los modelos de la administración privada a la gestión pública, pero al ser estos de manera aislada, y aparentemente no convencida, han perdido su efectividad.

Se requiere de un modelo que permita plantear esas políticas públicas en que los programas y acciones son parte de la misma pero no son la política propiamente dicha. La política debe dar respuesta clara por un lado al qué y por qué y por el otro al cómo y cuándo. Las evaluaciones de los programas y acciones nos pueden decir si son o no efectivos, pero esa efectividad debiera medirse que tanto nos acercan hacia donde se quiere caminar y a qué costo. Toda política pública debiera definir un cambio de cultura y los programas y acciones dar los incentivos para ello.

Canadá y Japón, son ejemplos de una política integral, a diferencia de México en que todos los esfuerzos son aislados, aunque el objetivo sea común: mejorar la situación financiera de la población de la tercera edad.

134 /

Ibid.

4. PROPUESTA DE UN MODELO DE LIDERAZGO PARA LA DEFINICIÓN E INSTRUMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

Partiendo de que hay un aparente divorcio entre la definición de las políticas públicas y su implementación mediante programas y acciones, en este capítulo se propone un modelo que pretende integrar los componentes indispensables manejados en forma modular y sistemática, que propicien la definición de políticas públicas basadas en una visión de largo plazo, que abarque cada una de las etapas del ciclo de vida, la implementación y evaluación de programas y acciones concretas en la búsqueda de satisfacer de la manera más eficiente, las necesidades y demandas de los ciudadanos.

Puede darse el caso de que un programa sea puesto en práctica con gran eficiencia y que, a pesar de ello, no se logre un impacto sustancial, sea porque fue erróneamente concebido o porque sucedieron circunstancias imprevistas. En consecuencia, el buen desempeño del programa es una condición necesaria, pero no suficiente, para la obtención de resultados finales positivos. Sin embargo, una correcta evaluación permitiría, en su momento, corregir rumbo o dar por terminado un programa e incluso una política pública.

Así, a manera de anécdota, pero que resulta muy ilustrativa, en 2009 asistí a una reunión del Consejo de Salubridad en donde se hablaba de posibles grandes proyectos de políticas públicas en materia de Salud para la segunda parte del sexenio, figurando entre los temas: Envejecimiento poblacional, diabetes, obesidad, y me llamaron la atención dos de las propuestas de uno de los investigadores invitados: revertir la política de transición demográfica, incrementando la tasa de fecundidad. Eso resulta muy común en algunos países de Europa, particularmente los Nórdicos, y tal vez no está del todo disparatado en México, pero no tuvo eco en las mesas de trabajo, ni siquiera se consideró en las Minutas de trabajo de dichas reuniones. Su segunda propuesta era la de adultos mayores de la primera etapa, de 60 a 70 años, cuidando adultos mayores de las etapas dos y tres.

Es importante que el Gobierno replantee una política demográfica. Actualmente no hay una política demográfica, están los resabios de lo que fue en su momento la política de las décadas de los años 70's y 80's, pero ya no responde a la realidad actual. Es un momento crucial porque todavía el porcentaje de población en edad fértil es alto, y como otros indicadores, es heterogéneo el comportamiento por niveles de educación y riqueza, De hacer algo hoy en materia demográfica y de migración, pudiera suavizar de manera considerable la problemática de la población senescente no en las tres o cuatro décadas, pero si dentro de 50 o 60 años.

La Administración Pública ha llegado a reconocer que la opinión y la participación ciudadana son indispensables para que el desempeño de una política pública sea evaluado como eficiente, eficaz, de calidad y equitativo. Que al ciudadano le asiste el derecho y la obligación de plantear y definir los problemas que lo aquejan, de intervenir en la estructuración de la agenda gubernamental; de participar activamente en la implementación de una decisión

política y de evaluar el impacto de la misma en un proceso de aprendizaje y mejoramiento mutuo.

4.1 COMPONENTES DEL MODELO: DE LA *A* A LA *Z*...

A	¿El tema tiene cabida en la <i>Agenda</i> Pública? ¿En qué parte de la <i>Visión</i> juega?
B	Análisis costo <i>Beneficio</i> de las opciones
C	Identificación del <i>Cliente/Ejecutor</i> , <i>Capacitación</i> <i>Continua</i> . Diferenciación de <i>Causa/Efecto</i> , <u><i>Ciclo de Vida</i></u>
D	<i>Diagnóstico</i> del problema: situación inicial, antecedentes, evolución esperada en cada etapa del <i>Ciclo de Vida</i>
E	<i>Evaluación</i> de Programas y acciones
F	<i>Facultamiento</i> por medio de la capacitación, <i>Flexibilidad</i>
G	<i>Garantías</i> a los clientes y ejecutores
H	<i>Hipótesis</i> y teoría
I	Difusión de <i>Información</i>
J	Valores claros y <i>Jerarquizados</i>
L	Etapas de <i>Liderazgo: a) entrenamiento; b) apoyo; c) asesoramiento y d) delegación.</i>
M	<i>Metas</i> claras, logrables, específicas, observables y <i>Medibles</i> que signifiquen un reto, en un tiempo definido.
N	Identificación de <i>Necesidades</i> y preocupaciones del cliente/ejecutor en cada una de las etapas del <i>Ciclo de Vida</i> .
O	<i>Opinión</i> y participación ciudadana. Análisis de <i>Opciones</i> e identificación de sus limitaciones.
P	<i>Prueba Piloto</i> , <i>Política Pública</i> , <i>Programas</i>
Q	Responder al <i>Qué</i> y para <i>Qué</i>
R	<i>Regular</i> u ofertar
S	Liderazgo de <i>Servicio</i> . <i>Soluciones</i>
T	<i>Transparencia</i>
V	<i>Visión</i> : <i>Perdurable</i> y compartida. Que abarque las diferentes etapas del <i>Ciclo de Vida</i> . Análisis de largo plazo.
Z	Evitar la <i>Zozobra</i> entre los clientes y ejecutores

El papel del líder es clave desde la formulación de la *Visión* y *Valores* y la identificación de los objetivos y las metas.

El Modelo de Liderazgo Situacional identifica que el liderazgo se debe de ajustar a la madurez de los ejecutores. En este modelo se propone que se requiere primeramente de un liderazgo que defina la *Visión*, que involucre cada una de las etapas del *Ciclo de Vida* de la *Política Pública*.

Cada Política Pública tiene dos grandes momentos, el primero que se refiere a la definición y, el segundo, a la implementación. La definición se basa en un diagnóstico que requiere ser revisado no con la misma frecuencia que los programas pero sí cada década o cada vez que suceda algo que cambie de manera relevante el diagnóstico original.

Una vez planteado que se requiere, se diagnostica la situación de cada componente en cada una de las etapas y se plantea una Visión que considera los valores jerarquizados, los objetivos y las metas.

De ahí que los programas y acciones que se plantean deben ser para alcanzar esas metas de la manera más costo-efectiva.

Ya en la implementación, en las primeras etapas, el liderazgo de los programas y acciones es de entrenamiento; en la segunda de apoyo, en la tercera de asesoramiento y en la cuarta de delegación.

Lo más arduo de la tarea analítica es *inventar* una o más soluciones plausibles para cualquier problema reconocido. La definición del problema es laboriosa, pero saber encontrar las soluciones que no ataquen los síntomas, sino que resuelvan la raíz del problema, es realmente el reto del análisis y diseño de las políticas.

En la etapa de la formulación debe diseñarse la política pública y las hipótesis que nos permitan posteriormente proponer programas y acciones que cambien la cultura. En la evaluación del programa no solo se debe valorar si la implementación fue correcta sino también si los supuestos de las hipótesis fueron los adecuados.

Un esquema general para la implantación debe de identificar los factores que afectan la obtención de los objetivos establecidos o reglamentados a través de todo el proceso. Se debe diferenciar entre causa y efecto y clasificar los factores que pueden influir en el impacto, ya sean estos individuales o sociales.

La construcción de alternativas es un ejercicio que consiste en listar todas las opciones o cursos de acción imaginables. Resulta recomendable, incluir en la lista inicial la opción de *no hacer nada*.

El proceso implica seguir dos pasos: identificar primero las *intervenciones factibles* y luego armar estrategias en el marco de esas posibles intervenciones. La fase de implementación no comienza hasta después de que las decisiones previas han establecido los objetivos y las metas.

Entender las limitaciones de cualquier alternativa es un punto de partida muy importante en el diseño de los programas. Desde el principio se requiere examinar cuáles son las intervenciones factibles. Es necesario identificar el rango de manipulación de las variables políticas clave para crear los programas alternativos. Es recomendable analizar entre 3 y 5 alternativas.

Se deben seleccionar los criterios para la evaluación de las alternativas. Por un lado, los criterios en sentido general como son el análisis costo-beneficio de las programas públicos: su efecto financiero; consecuencias sobre el mercado; la fuerza de trabajo; sus posibles consecuencias sobre la producción de bienes, servicios o regulaciones de la actividad; ya que la ejecución de la mayoría de

los programas públicos depende de la adecuada combinación de una dotación de personal, infraestructura física y recursos financieros y tecnológicos.

Por el otro lado, los criterios técnicos: derechos legales; factibilidad política; y, apoyos y oposiciones que podrían generar diversas alternativas.

Dentro del proceso de implementación, el papel del líder es estimular las capacidades humanas y tornar *irrelevantes* las debilidades.

La evaluación debe estar considerada desde el inicio del proceso de desarrollo de la política para determinar a los *expertos* que la realizarán y el alcance y eficiencia de las políticas empleadas.

Específicamente, el modelo enfoca su atención en cinco agrupamientos de variables que afectan la prestación de servicios públicos: a) Visión; b) mapeo del problema; c) propuesta y evaluación de posibles soluciones; d) implementación que a su vez se divide en prueba piloto, en su caso, ajuste y arranque del programa; y, e) seguimiento.

4.2 ETAPAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO, AGRUPAMIENTO DE VARIABLES

Los líderes deben definir la Política Pública para ello requieren de un diagnóstico; de una Visión que abarque las diferentes etapas del ciclo de vida y que se determina con base a valores jerarquizados. Esa visión recoge las demandas manifiestas de la ciudadanía. Posteriormente determinar objetivos y metas específicas. En la etapa de implementación, hay implícitas hipótesis acerca de los incentivos que pueden motivar el cambio, la hipótesis determina la relación causa-efecto. Se plantean los programas y acciones y son los mismos líderes que participan en la definición de las alternativas. Ya en su implementación ciertos líderes del grupo toman el papel de principales líderes operadores.

Se requiere de un buen liderazgo en todas las etapas:

a. Visión. Política Pública

- A. Visión general: qué, para quiénes y para qué a largo plazo.
- B. Preventiva.
- C. Cambio cultural.
- D. Visión particular que abarque las diferentes etapas del ciclo de vida.
- E. Valores claros y jerarquizados
- F. Delimitación de los objetivos
- G. Definición de metas: concisas, claras, logrables, específicas, observables y medibles y que signifiquen un reto. (corto mediano y largo plazos)

b. Definición. Mapeo del problema:

- A. Definición del problema
- B. Manifestación de las razones para su prioridad
- C. Identificación del cliente/ejecutor
- D. Descripción de las necesidades manifiestas por la población objetivo
- E. Formulación de la(s) hipótesis de cuáles son las causas que originan el problema y cuáles sus consecuencias
- F. Exposición de la tendencia esperada del problema
- G. Análisis y determinación de responsable (s) de resolver la situación
- H. Determinación del papel del líder: regulador/ejecutor

c. Propuesta y evaluación de las posibles soluciones:

- A. Propuesta de las posibles opciones para lograr objetivos y metas. Incluir la opción de no hacer algo (experiencias internacionales).
- B. Análisis de las dificultades o ventajas de cada alternativa.
- C. Garantías a clientes y ejecutores
- D. Definición de criterios para la medición del costo-beneficio: efecto financiero; consecuencias sobre el mercado y sobre la fuerza de trabajo; derechos legales, factibilidad, etc.
- E. Medición del costo-beneficio de cada alternativa.
- F. Selección de la(s) estrategia(s).

d. Etapa de la Implementación de un programa específico:

d.1 Prueba piloto

- A. Difusión de Información: Visión, objetivo, metas.
- B. Inducción a los ejecutores del programa
- C. Flexibilidad y facultamiento
- D. Implementación de la prueba piloto
- E. Evaluación de la prueba piloto
- F. Reconocimiento de logros y errores

G. Retroalimentación de los resultados de la prueba piloto a los ejecutores.

H. Confirmación o ajuste, en los componentes del Programa

d.2 Arranque del Programa

A. Difusión de la visión, objetivos y metas del programa

B. Difusión resultados de la prueba piloto

C. Implementación de o los programas.

c. Seguimiento

A. Capacitación continua

B. Seguimiento de la operación

C. Evaluación del cumplimiento de los objetivos

D. Valoración de la necesidad de ajustes.

E. Decidir si cambia, se queda igual o se cancela.

5. CASO PRÁCTICO. APLICACIÓN DEL MODELO PARA DEFINIR LA POLÍTICA DE ENVEJECIMIENTO QUE PROPICIE LA SALUD FINANCIERA Y CON ELLO LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA FUTURA POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD.

a. Mapeo del problema:

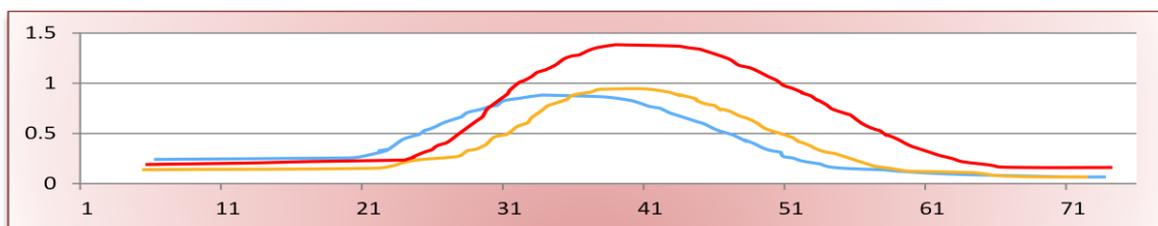
Se considera importante que el planteamiento de las políticas públicas tome en cuenta las diferentes etapas del ciclo de vida de la población. Partiendo de un diagnóstico de la situación de la población en cada rango de edad, planteando una visión y metas para cada rango y los programas y acciones que permitan alcanzarlos de la manera más costo-efectiva.

En el siguiente cuadro se pretende a manera de ejemplo, plasmar una visión para cada rango de edad, identificar las necesidades y señalar algunas condiciones de la población en esos rangos. Este ejercicio permite tener una Visión global y aterrizar las diferentes visiones, identificando la vinculación de las necesidades en las diferentes etapas, a manera de crear políticas públicas preventivas más que programas o acciones curativos.

1) Visión: Qué y para qué

Cuadro 21

Ciclo de Vida



Rangos de Edad	0-5	6-19	20-30	31-59	60-70	71-79	80 y más
Visión	Garantizarle a todo menor los derechos de la niñez: educación, salud, ambiente de seguridad, respeto y armonía. Desde antes de su nacimiento y en este primer período.	Garantizarle a todo niño y joven educación, salud, ambiente de seguridad, respeto y armonía, dándole información y, en su caso, cerrando la brecha de la etapa anterior.	Garantizarle a todo joven el acceso a la capacitación y al trabajo; salud preventiva. Fomento al ahorro.	Garantizarle a todo adulto el acceso a la capacitación y al trabajo; salud física y financiera y fomento al ahorro.	Garantizarle a todo adulto el acceso al trabajo; salud física y financiera y entretenimiento.	Garantizarle a todo adulto el acceso a la; salud física y financiera y entretenimiento.	Garantizarle a todo adulto el acceso a la; salud preventiva y entretenimiento.
Necesidades	Salud; Alimentación; Estimulación Temprana; Ambiente de armonía.	Salud; Alimentación; Educación; Capacitación; Información; Opciones	Salud; Alimentación; Educación; Capacitación; información, Vivienda	Salud; Alimentación; Educación; Capacitación; Vivienda; Ahorro	Salud; Alimentación; Educación; Vivienda Solvencia Económica	Salud; Alimentación; Educación; Vivienda; Solvencia Económica Apoyo discapacitados.	Salud; Alimentación; Educación; actividades que los mantengan activos y socialmente participativos; Vivienda; solvencia económica Apoyo discapacitados.

Diagnóstico	Desnutrición (1 millón); Obesidad. (Cada año mueren más de 80 mil por diabetes tipo 2). Neoplasias; Violencia; Abandono; Discriminación; Maltrato;	Obesidad; Violencia; Abandono; Discriminación; Maltrato; deserción escolar; Trabajo infantil; drogas, embarazos prematuros; abandono...	Baja productividad; bajos salarios; uniones muy jóvenes, embarazos muy jóvenes,	Baja productividad; bajos salarios; desahorro; sedentarismo; mala alimentación; obesidad; enfermedades crónicas.	1.7 millones son discapacidad física o mental; Alrededor de 2/3 vive en pobreza; 10% viven solos; 30.1% es analfabeta; 75% de quienes laboran reciben menos de dos salarios mínimos. Solo el 19.2% recibe pensión y el 28.8% pensión u otros programas sociales.	Discapacidad física o mental; enfermedades crónicas; pobreza; menor apoyo familia; maltrato; violencia; baja cobertura y niveles de pensiones. Infraestructura para su atención	Discapacidad física o mental; enfermedades crónicas; pobreza; menor apoyo familia; maltrato; violencia; baja cobertura y niveles de pensiones.
-------------	--	---	---	--	--	---	--

Es justicia mínima tener una vejez digna. Es responsabilidad del joven prever su ancianidad. Ello demanda un cambio cultural, por medio de programas y acciones puede el gobierno incentivar a un cambio de comportamiento; a prevenir, planear, ver opciones, no vivir día a día, sino tener un proyecto de vida.

La transición demográfica y el contexto socio-económico en que se da en México, exige que una política pública de envejecimiento que abarque la salud financiera de la población de la tercera edad sea un tema de la Agenda Pública y aunque es responsabilidad de cada ciudadano prevenir su solvencia financiera, de no hacerse nada, la ya de por sí difícil situación hoy, en un par de décadas se tornará inmanejable.

2) Valores claros y jerarquizados

- ✓ Todo ciudadano tiene derecho a una vida digna.
- ✓ Es responsabilidad del propio ciudadano prever su solvencia financiera como adulto y adulto mayor.
- ✓ Es responsabilidad del Estado promover la cultura de ahorro y dar los incentivos y facilidades para ello.
- ✓ Se requiere fomentar el conocimiento y respeto hacia los ancianos.
- ✓ Ser anciano no quiere decir estar necesariamente enfermo física ni financieramente, ni tampoco dejar de ser socialmente activo y económicamente productivo.

3) Definición del problema

- ✓ Envejecimiento de la población, se invierte la pirámide.
- ✓ La ausencia de salud física y financiera es producto de lo que no se atiende en etapas anteriores.

- ✓ Los costos en materia de salud crecen de manera sustancial conforme se incrementa la edad debido a la ausencia de una verdadera previsión en las anteriores etapas del ciclo de vida.
- ✓ La población de la tercera edad no cuenta con la solvencia financiera que le permita cubrir sus requerimientos.
- ✓ La cobertura de seguridad social es baja y los montos de las pensiones resultan insuficientes.
- ✓ Los cambios demográficos y socio-económicos propician que las familias no vayan a poder sostener esa situación en el futuro.
- ✓ La creación de empleo se está concentrando en el sector informal.
- ✓ Las reformas en la seguridad social no significan pensiones más altas ni mayor cobertura.
- ✓ En México no hay cultura de prevención: ni en materia de salud ni en materia financiera.
- ✓ Los programas actuales son curativos no preventivos.

4) Manifestación de las razones para ser parte de la Agenda Pública

- ✓ Las principales razones para que sea un tema de la Agenda son:
 - Los factores demográficos que establecen el número de senescentes ya están determinados, lo único que todavía se puede cambiar son las condiciones de cómo llegan a esa edad;
 - Si no se hace algo hoy, la futura población recibirá fuertes presiones, imposibles de cubrir. Las mismas razones para reformar la Seguridad Social, la razón de dependencia entre activos y pensionados, aplica al apoyo comunitario.
 - Se puede abrir una ventana de oportunidad. Existe un espacio de tres décadas para actuar.
 - El pasivo pensionario en México representa más de 117% del PIB del país. Si no se hace algo hoy, la sociedad no va a poder hacer frente a esta realidad en el futuro.
 - Si se hace hoy, se induce a la población a prevenir, de manera responsable, su futura salud financiera. Se le da poder de elección.

5) Identificación del Cliente/Ejecutor

Dado que el responsable de su futura solvencia financiera es el adulto, el cliente y ejecutor de esta política debe ser el propio adulto de hoy y futuro senescente.

6) Descripción de las necesidades manifiestas por la población objetivo.

6.1 Necesidades de la gente de la tercera edad para tener una vida digna:

- ✓ Poder elegir.
- ✓ Cubrir sus necesidades básicas: casa y ropa limpias, comida, medicamentos. En ciertos casos, ayuda para realizar sus actividades diarias.
- ✓ Actividades que no solo lo ocupen, sino que lo mantengan activos.
- ✓ Convivir con gente.
- ✓ Tener objetivos y lograr sus sueños.
- ✓ Ser escuchados.

Contando con la opinión ciudadana se deben definir: la Visión perdurable y compartida; los valores jerarquizados; los objetivos y las metas, cuidando que estas últimas sean medibles, signifiquen un reto al tiempo que sean cumplibles.

El levantamiento de la encuesta a pensionados del ISSSTE, en cuanto a sus principales necesidades, arrojó que el 48.2% de los pensionados requieren de una mayor pensión, 58.3% de los hombres y 40.8% de las mujeres. 29.4% señaló que lo que necesita es conservar su salud. Este porcentaje fue significativamente mayor en las mujeres 34.7%, contra el 22.2% de los hombres. Como reflejo de la falta de cultura preventiva, solo el 12% de los encuestados le sugiere a la población que ahorre. (Véase Anexo 2).

Por su parte, los resultados de la encuesta levantada en los asilos del INAPAM, arrojan que el 54.5% de los encuestados señaló que el Gobierno debiera ofrecer más y mejores albergues; este porcentaje alcanza el 62.5% en el caso de las mujeres. El 31.8% del total, refiere que el Gobierno debería mejorar las pensiones (35.0% de los hombres y 29.2% de las mujeres); y un porcentaje muy similar, 29.5% otorgar más medicamentos (20.0% de los hombres y 37.5% de las mujeres).^{135/}

Sobresale el hecho que el 34.1% de los encuestados en los asilos del INAPAM señaló que el Gobierno no tiene la obligación de hacer algo y varios de ellos en la entrevista refirieron que la obligación de los hijos es cuidar a sus padres. La edad promedio de los entrevistados en los asilos es de 76 años; la de los pensionados de 67 años; sin embargo, pareciera que se está gestando un cambio de mentalidad porque de los pensionados 56% de las mujeres y 26% de los hombres estarían de acuerdo en vivir en un asilo, siendo la razón de vivir en un asilo en su mayoría, 60% de los hombres y el 52% de las mujeres, no dar molestias a su familia y para 33% de las mujeres para convivir con personas de su edad. Lo que significa que el 85% de las mujeres que aceptaría vivir en un asilo lo haría por convicción y no por necesidad. Estos datos contrastan con la

^{135/}

Estos porcentajes suman más de 100% ya que las necesidades no son excluyentes.

respuesta de los que viven en un asilo, donde el 71% manifestó que vive ahí, por no tener otra opción.

Esta apreciación se refuerza con los resultados de la encuesta levantada a personal activo que aunque únicamente el 34% señaló que estaría de acuerdo de vivir en un asilo, en todos los casos fue por no ser una molestia o por estar mejor; y la razón de no vivir en un asilo predominantemente (55.4%) fue por la baja calidad de los mismos y no por la obligación de sus hijos de cuidarlos, ello se puede deber a la conciencia que le significa hoy hacerse cargo de las crecientes necesidades de sus padres. La edad promedio de los activos encuestados fue de 43 años.

6.2. Estimación del monto de recursos financieros que requiere un senescente para cubrir sus necesidades.

Cuadro 22
Monto de Pensión Mensual Mínima

	Alimentación	Enfermera	Cuidadora	Mantenimiento	Actividades	Total	Ahorro mensual requerido
Pensión Mínima: Tres Salarios Mínimos						4,500	770
Toda pago privado en una residencia privada	3,000	3,500	2,000	500	2,000	11,000	1,880
Pago Privado con prestaciones públicas	3,000			500	1,500	5,000	790

Realizado con base en datos proporcionados en las entrevistas a directivos de las Casas de ancianos del INAPAM.

Se presentan tres estimaciones. La primera basada en la pensión promedio equivalente a tres salarios mínimos que reciben los jubilados del IMSS y del ISSSTE. Partiendo de ese nivel, el importe de la pensión mensual alcanzaría 4,500 pesos.

Un segundo cálculo, se estimó tomando los datos facilitados por los directivos de las residencias de ancianos públicas y privadas visitadas, en cuanto a las necesidades de cuidadoras y enfermeras. Para ello se dividió en tres etapas la senectud. Se supuso que la población se pensiona a los 65 años y vive 21 años más. La primera etapa, de 65 años a 71, considera que siguen independientes: la segunda etapa, de 72 a 78 años, semi-independientes y la tercera, mayores de 79 años, donde se supuso total dependencia. Bajo esos supuestos, el costo mensual promedio sería de alrededor de 11 mil pesos, incluyendo alimentación, gastos de mantenimiento, cuidados de salud y actividades.

La tercera estimación, supuso que lo que corresponde a cuidados de salud y actividades sería cubierto con programas gubernamentales, con lo cual el costo se reduciría a 5,000 mensuales. Bajo estas tres estimaciones, considerando que se ahorra de los 30 a los 65 años y que esa pensión cubre 21 años, la necesidad de un ahorro mensual oscila entre 770 y 1,880 pesos.

7) Delimitación de los objetivos

- ✓ Cambio de cultura: Prepararse para la vejez, tanto física como financieramente.
- ✓ Inicio en las etapas productivas del Ciclo de Vida.
- ✓ Ofrecer opciones para propiciar una vida digna de la población de la tercera edad.
- ✓ Promover que la población adulta de manera responsable cuente con la solvencia financiera que le facilite vivir de manera digna cuando sea senescente.

8) Formulación de la(s) hipótesis de cuáles son las causas que originan el problema y cuáles sus consecuencias.

Se debe definir la teoría e hipótesis y las opciones de respuesta que se deriven de la misma. Definir claramente el qué y para qué y la forma en que participará el Gobierno: regulando, ofertando o ambos.

La población no se prepara para la vejez. No hay cultura preventiva. La situación física y financiera en la vejez, es producto de lo que se hizo o dejó de hacer a lo largo del ciclo de su vida. Gran parte de la gente no envejece de manera exitosa y llega a la tercera edad con padecimientos que podían haberse evitado o, de haberse detectado a tiempo, aminorado sus complicaciones. No cuenta con ahorro, pocos tienen pensiones y de los que si tienen éstas son insuficientes, quedando su realidad en función de lo que puedan o quieran ofrecerle los miembros de su familia. No hay credibilidad en las Instituciones y ello también se refleja en la baja participación del ahorro voluntario.

Aunque la razón del no ahorro se debe en parte a los bajos ingresos, reflejo de la baja productividad, no hay una cultura financiera y pocos adultos identifican la necesidad de contar con ahorros o seguros.

El mayor número de años de vida, los malos hábitos, el menor número de hijos, las bajas o nulas pensiones y la falta de ahorro, provoca una carga que se va a tornar insostenible para las familias y la sociedad.

Además, otro factor muy importante es el referente a la calidad de vida; si los senescentes viven con sus familiares, no siempre son atendidos correctamente y no tienen actividades que aseguren la permanencia de su movilidad. Su vida gira, en el mejor de los casos, alrededor de la vida de sus familiares. No tiene actividades ni propósitos propios y eso deteriora más rápido su funcionalidad.

Un porcentaje importante de la población de la tercera edad, tiene que hacerse cargo no solo de ellos mismos sino de uno a ambos de sus padres.

La construcción de residencias para ancianos así como de desarrollos inmobiliarios para retirados, parece que empieza a ser una opción.

Cuadro 23

Causas y Consecuencias de la Problemática de la Población Senescente

PROBLEMÁTICA	CAUSAS	CONSECUENCIAS
Población enferma y discapacitada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No hay cultura preventiva de Salud ✓ Malos hábitos alimenticios y de deporte ✓ Los programas del Gobierno no incentivan, promueven ni obligan a cuidar la salud. ✓ Falta de liderazgo en los programas gubernamentales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se evitan o detectan a tiempo los padecimientos. ✓ Se presentan complicaciones ✓ Las complicaciones conllevan a discapacidades y elevan el costo de atención en la tercera edad. ✓ Resultados temporales, no definitivos. ✓ Baja participación en el mercado laboral, menores ingresos y ahorro.
Recursos financieros Insuficientes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se preparan los adultos para su vejez • Asume que es responsabilidad de los hijos • Asume que es responsabilidad del Gobierno ✓ No hay cultura de ahorro ✓ Los programas del Gobierno no incentivan, promueven ni obligan al ahorro. ✓ Más costoso contratación formal ✓ Baja capacitación y productividad ✓ Sueldos bajos ✓ Crecimiento económico deprimido ✓ Porcentaje de aportación al Seguro de Pensiones y edad de jubilación. ✓ Creciente oferta de mano de obra poco calificada ✓ Estilo de liderazgo en los programas gubernamentales: decreta, no convence. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja cobertura de Seguridad Social ✓ Insuficientes niveles de las pensiones ✓ A pesar de que el IMSS dio la opción de la contratación de pensiones, bajo porcentaje de participación. ✓ Resultados temporales, no definitivos.
Menores opciones para apoyar a los senescentes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Transformación socio-económica y cultural. ✓ Jubilación temprana ✓ Trabas mercado de trabajo gente mayor ✓ Más necesidades por presentar enfermedades ✓ No permite que trabaje quien o quienes lo están cuidando ✓ Menor número de hijos ✓ Pocos albergues y en malas condiciones ✓ No están activos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mala alimentación y atención ✓ Violencia familiar ✓ Complicaciones de sus padecimientos ✓ Mayor deterioro físico y mental
Pocos resultados de los Programas del Gobierno	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta concientizar la dimensión de la problemática de este tema al interior del Gobierno y de la sociedad. ✓ Se decreta, no se comparte la Visión. ✓ Estilo de liderazgo que dicta no faculta. ✓ Falta de un diagnóstico claro que detecte las necesidades de la población ✓ No se comparte la visión, objetivos y metas. ✓ Baja capacitación al personal que opera los programas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se desconoce si las alternativas son las más costo-efectivas. ✓ Parece más demagogia.

Fuente: Elaborado con base en los resultados de las Encuestas y las Entrevistas.

9) Exposición de la tendencia esperada del problema.

De seguir la tendencia actual, el proceso de envejecimiento demográfico implicará profundas presiones en nuestro país, ya que:

- ✓ 12 millones van a requerir un puesto de trabajo.
- ✓ 3 millones vivirán solos.
- ✓ Se necesitarán 5 millones de viviendas de una sola planta para 9 millones de adultos mayores que no podrán subir escaleras.
- ✓ 15 millones de personas tendrán problemas de movilidad, 5 millones de ellas para recorrer una cuadra requerirán bastones, andaderas o sillas de ruedas. Los bienes y servicios se van a orientar más hacia los ancianos.
- ✓ La presión por los gastos de salud y la cobertura del pago de las pensiones mínimas, serán inmanejables.

10) Análisis y determinación de responsable (s) de resolver la situación.

- ✓ Es imprescindible definir de quién es la responsabilidad de resolver las necesidades de la futura población senescente, ya que las alternativas de solución están en función de quién o quiénes se asuman como responsables.
- ✓ La Ley de Adultos Mayores, señala que la familia es responsable de cubrir las necesidades de sus miembros senescentes. Sin embargo, mientras es indudable que cubrir las necesidades de los hijos es responsabilidad de los padres ya que su nacimiento es por decisión o resultado de la acción de los mismos; en esta investigación se postula que es responsabilidad de los adultos prepararse para la senectud, debido a que:
 - Llegar a anciano es previsible y deseable;
 - La situación de las condiciones en que llega, está en función a lo que decida hacer o dejar de hacer a lo largo de su vida o bien de lo que se le incentiva a que haga o deje de hacer;
 - El menor número de hijos, la migración y el mayor número de años de vida, hacen que el apoyo familiar esté dejando de ser una opción.
 - Si no hacen los adultos algo para cubrir sus futuras necesidades, van a ser una carga insostenible para las futuras generaciones.
- ✓ Sin embargo, en México carecemos de una cultura preventiva ello se refleja tanto en la baja frecuencia de realizar visitas médicas preventivas; la baja cobertura de todo tipo de seguros como en la insignificante respuesta a las opciones que ofrece el IMSS de poder ahorrar para contar con una futura pensión.
- ✓ Aunque es una responsabilidad del adulto prepararse para su senectud, es imprescindible que el Gobierno apoye, oriente y propicie mediante el liderazgo adecuado de programas y acciones, que se den las condiciones para lograr la solvencia financiera de la futura población senescente.
- ✓ Es muy difícil anular programas, muchas veces por intereses clientelares. Sin embargo los esfuerzos aislados, resultan menos costo efectivos, por ello antes de proponer nuevos programas, se debiera definir la respectiva política pública y bajo ese contexto analizar con cuidados los programas y acciones existentes a fin de definir al menos, la conveniencia o no de su permanencia o adaptación.

11) Determinación del papel del Gobierno: regulador/ejecutor

Se plantea que el Gobierno sea el que mediante regulación incentive la solvencia financiera y dé certidumbre a los ciudadanos en las diferentes opciones. Esto es muy importante porque son acciones que se hacen hoy, para contar con una solvencia futura y si no hay credibilidad en quienes ofrezcan las opciones, la gente va a tratar de evadir cualquier programa o acción. El Gobierno debe: convencer, vigilar, detectar las preocupaciones de los "clientes/ejecutores" y darle respuesta efectiva a las mismas.

b. Soluciones del Problema:

Cualquier propuesta debe considerar un período de transición porque de atender tanto a los ancianos de hoy, como a la futura población senescente.

12) Definición de metas: concisas, claras, logrables, específicas, observables y medibles y que signifiquen un reto.

- ✓ A los seis meses de entrada en vigor del Programa, publicar las reglas de operación de una opción universal de ahorro (cuenta individual ó contratación seguro pensiones).
- ✓ En el segundo semestre del primer año de operación, lograr la cobertura al 30% de los adultos de 30 a 59 años de edad.
- ✓ En el segundo año de operación, en dos fases, cubrir al 70% restante. Este es básicamente urbano, aunque la invitación es generalizada, la población que vive en áreas rurales dispersas se incorporará pero con un ritmo diferente, sobre todo los adultos de mayor edad.
- ✓ En el tercer año de operación de las cuentas de ahorro (individual o seguro pensiones), presentarle a los adultos un abanico de opciones de ahorro/inversión y sus correspondientes reglas de operación. Incentivar el ahorro, incentivos fiscales, exención de impuestos...
 - ✚ Residencias de día;
 - ✚ Medios Internados; y,
 - ✚ Residencias Permanentes en Ciudades para Gente Grande.
- ✓ En paralelo, desarrollar sistema de swap pensión por casa hogar para la población ya pensionada.
- ✓ Proyectar la construcción de ciudades para ancianos, polos de vivienda.

13) Propuesta de las posibles alternativas para lograr objetivos y metas. Incluir la opción de no hacer algo.

Intervenciones:

- 1.- No hacer algo.

2.- Cuentas de ahorro obligatorias a todos los adultos de 30 a 59 años de edad.^{136/}

A fin de que sea factible, esta política debiera converger con la de educación, con la de salud y capacitación laboral. En México es fácil que la gente se endeude, es importante fomentar una cultura financiera, que la gente establezca prioridades, incentivar ahorro, la planeación.

2.1 Mediante la apertura de una cuenta de ahorro.

- ✚ El Gobierno depositara \$50.00 como apertura de cuenta. Para la apertura de las cuentas individuales, se deberá presentar un certificado médico oficial: IMSS, ISSSTE ó Seguro Popular.
- ✚ Según el seguimiento de la salud el Gobierno cubrirá parcial o totalmente sus aportaciones

2.2 Mediante la obligación de suscribirse a un Seguro de Jubilación.

3.- Opciones de Ahorro/Inversión

3.1 Ahorro para contratar una pensión;

3.2 Inversión de residencias de día;

3.3 Inversión de Medios Internados

3.4 Inversión de Residencias en Ciudades para Gente Grande.

- ✚ Prepagar la residencia en una de sus modalidades ya que la idea de estas Residencias es que ofrezcan tres tipos de servicios y el adulto pudiera prepagar cualquiera de las tres opciones.
- ✚ Para otorgar todos los servicios participan de manera coordinadas diferentes dependencias, principalmente, las secretarías de Desarrollo Social, Salud, Educación, Trabajo y Economía.
- ✚ Vincular las escuelas con las Residencias de día: "Adopta un abuelo"
- ✚ Aprovechar los conocimientos de los ancianos en oficios y otras labores que hayan desempeñado para capacitar a otros ancianos en la realización de actividades sociales y económicamente útiles a través de escuelas creadas al efecto (recalificación laboral y educador de nuevas generaciones).
- ✚ Preparación para la vejez

^{136/}

Un dato interesante que dimensiona el alcance de programas financieros preventivos, según estimaciones solicitadas al Grupo Financiero "Grupo Argos" (octubre, 2008) es el hecho de que si la población que hoy cuenta con 30 años ahorrara mensualmente hasta su retiro (65 años de edad) 2,160 pesos los hombres y 2,620 las mujeres, al llegar a los 65 años podría contar con una pensión vitalicia mensual de 14 mil pesos; si inicia el ahorro a los cuarenta las cifras pasan a 3,800 pesos mensuales para los hombres y 2, 560 a las mujeres, cifras que se duplican si se inicia el ahorro a los cincuenta años de edad. Para alcanzar una pensión de \$500 que otorga el Programa 70 y más, el ahorro mensual sería de 77 pesos para hombres y 94 para mujeres. Ello significa que si el Gobierno depositara un peso por cada peso ahorrado, el monto a ahorrar bajaría a 38 para hombres y 47 pesos mensuales para mujeres.

✚ Algunos Servicios de las Residencias:^{137/}

- ✓ Centro de Salud de Primer Nivel: terapia de rehabilitación
- ✓ Educación y capacitación
- ✓ Centro de Trabajo
- ✓ Transporte a sus casas o lugares de trabajo
- ✓ Actividades para mantenerlos activos y sanos
- ✓ Vínculos entre la comunidad y la residencia
- ✓ Aspectos religiosos
- ✓ Lugar para ejercicio
- ✓ Biblioteca
- ✓ Sala de TV
- ✓ Visitas
- ✓ Comida sana y variada
- ✓ Servicios de limpieza

14) Análisis de las dificultades o ventajas de cada alternativa.

^{137/}

El gobierno promueve las opciones y emite la normatividad respectiva, pero las maneja aseguradoras, sector privado, no el Gobierno. La normatividad deberá asegurar, que las residencias para adultos mayores deben incluir preferentemente el siguiente personal: médico, psicólogo, enfermera, trabajador social, intendente y vigilante las 24 hrs. El alojamiento debe incluir: áreas para la atención a la salud: consultorio, sala de observación; talleres, servicios religiosos, salón de usos múltiples, sala de T.V., dormitorios individuales, matrimoniales o grupales con no mayor de seis camas; sanitarios hombres y mujeres, regaderas, evitar, en lo posible, escaleras, donde haya barandales a una altura de 90 cm con pasamanos tubular de 5 cm de diámetro, rampas de 1.55 m de ancho con declive no mayor al 6%.y otras especificaciones de pisos, baños, puertas, etc. El Gobierno deberá dar seguimiento, verificar y certificar de manera muy estricta el funcionamiento de las Residencias, a fin de evitar, por ejemplo, la problemática que se ha suscitado en las guarderías.

Cuadro 24
Ventajas y desventajas de las Opciones

Propuesta	Ventajas	Desventajas
1.- No hacer algo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No requiere inversión en el corto plazo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se pierde la ventana de oportunidad ✓ Se verá reducido el margen de acción del gobierno al estar gran parte del presupuesto comprometido ✓ Insostenible presión social ✓ No cambia la cultura ✓ Puede incrementar la discapacidad que se refleja en costo y en calidad de vida
2.1- Cuentas de Ahorro Forzoso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normatividad más sencilla que seguro de jubilación ✓ La gente está más familiarizada con cuentas de ahorro ✓ Cambio cultura, ayuda a prepararse para la vejez ✓ Portabilidad no solo IMSS/ISSSTE sino formal/informal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resultados importantes de los futuros senescentes que hoy son menores de 50 años.
2.2 Seguro de Jubilación Forzoso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Podría vincularse más a la Salud ✓ Cambio cultura, ayuda a prepararse para la vejez ✓ Portabilidad no solo IMSS/ISSSTE sino formal/informal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resultados importantes de los futuros senescentes que hoy son menores de 50 años.
3.- Albergues de día	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gran apoyo a la familia ✓ Vigilancia de Salud ✓ Mantiene ocupada a la población ✓ Mantiene activos y sanos ✓ Cambio cultura, ayuda a prepararse para la vejez ✓ Genera empleo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Requieren hacerse cerca de las concentraciones urbanas ✓ Requiere transporte que en ciertas ciudades puede ser difícil
3.1 Medio Internados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gran apoyo a la familia ✓ Vigilancia de Salud ✓ Mantiene ocupados a la población ✓ Cambio cultura, ayuda a prepararse para la vejez ✓ Genera empleo población de 50 y 60 años de edad. ✓ Si es internado de lunes a viernes pueden hacerse fuera de las grandes concentraciones 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Es más costoso que la opción de albergues de día ✓ Requiere una normatividad y vigilancia más precisa
3.3 Residencias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomenta mercado de vivienda ✓ Apoyo más completo ✓ Generación de empleo población 50-60 años de edad. ✓ Cambio cultura, ayuda a prepararse para la vejez ✓ Responde a la realidad socio-económica ✓ Pueden hacerse fuera de las grandes metrópolis ✓ Sustituye un seguro de "cuidados de largo plazo" ✓ No requiere transportación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Requiere una normatividad y vigilancia más precisa ✓ Es la opción más costosa ✓ Puede ser un ambiente deprimente

15)Garantías a clientes y ejecutores Medición del costo-beneficio de cada alternativa.

Se requieren costear las alternativas y opciones. Esto solo se enuncia en esta investigación ya que se requiere definir la política pública de envejecimiento y con base en ello definir las posibles alternativas...Para ello, se deberá tomar en consideración supuestos de entrada, salida y permanencia en los mercados formales e informales porque con base en ello los aportantes del fondo de ahorro o del fondo de pensiones son el gobierno, el trabajador y/o el

empleador; el ahorro de cuidados de largo plazo; el beneficio por mantener activos y sanos a los senescentes por más tiempo, entre otras.

16) Selección de la(s) estrategia(s).

Se deberá medir el costo y efectividad de cada una de las propuestas para proceder a su implementación; definir el tamaño óptimo de los asilos, su ubicación, etc.

c. Etapa de la Implementación;

c.1 Prueba piloto

Se sugiere hacer la prueba en una Ciudad cercana al Distrito Federal, no saturada. Hay casas para ancianos a las afueras de la Ciudad de México.

Previo a la prueba piloto se requiere:

- ✓ Analizar la situación particular de los senescentes y de la población que vive en asilos en el Distrito Federal.
- ✓ Levantamiento de una encuesta en una muestra representativa de la población activa que labore en el Sector Público, considerando que el envejecimiento de la población cubierta por el ISSSTE es más acelerado.
- ✓ Analizar los montos de las pensiones, el tiempo de aportaciones, entre otros.
- ✓ Analizar los beneficios que recibe la población senescente por programas federales como por estatales, municipales y sociales.
- ✓ Costear las opciones de residencias de día, medios internados e internados.
- ✓ Realizar el análisis de costo-beneficio, considerando:
 - Mejora en las condiciones de la población senescente: salud, alimentación, reducción discapacidades; productividad.
 - Creación de empleo,
 - Beneficio directo y a familiares.

c.2 Arranque del Programa

Con base en los resultados de la prueba piloto, se procedería a revisar los supuestos originales, se harían los ajustes necesarios al proyecto para su difusión y para el levantamiento de las encuestas representativas a nivel nacional y la puesta en práctica paulatina de las opciones de inversión en

Residencias. Es decir todos los adultos contarían con la cuenta individual ya sea por ahorro o por pensión y paulatinamente se irían incrementando las opciones de inversión en Residencias. Para las residencias de día, se pueden pagar con los recursos de ese ahorro o bien se impulsarían las opciones equivalentes a las Becas como las universitarias.

Si por alguna razón no hace uso de las residencias, el senescente o sus familiares contarán con ese ingreso.

En el corto plazo, en la transición, se podrían aprovechar los asilos existentes y darles a los pensionistas tres opciones: residencias de día, medio internados o internados.

Por último, la evaluación permanente permitirá, decidir si deben o no cambiar las acciones o programas, la forma de implementarlos o incluso las metas fijadas, que permitan transitar rumbo a la Visión de política pública de envejecimiento.

Capítulo 6. Consideraciones finales

La ausencia de un adecuado liderazgo en las políticas públicas que abarque de manera integral la definición e implementación de las mismas, ha propiciado el surgimiento desordenado de programas y acciones que no parten de un diagnóstico de la situación de la población beneficiada: sus necesidades, carencias, inquietudes, que permitiera tener claridad en dónde se está y a dónde se quiere llegar; y se enmarcara en una Visión de largo plazo.

La Visión deberá abarcar todas las etapas del Ciclo de Vida y ser el marco para definir objetivos, metas y evaluar los programas y acciones más costo-eficientes para alcanzarlos. Esa Visión tendría que contener los valores como sociedad, los cuales deberían estar claramente jerarquizados.

Una política pública significa una transformación que debiera estar basada en un cambio de cultura. Los programas y acciones deben brindar los incentivos que propicien ese cambio de cultura para darle permanencia a los resultados.

Conforme evolucionan en el tiempo los modelos de implementación de políticas públicas, coinciden más sus postulados con los del Modelo de Liderazgo Situacional. Se considera importante resaltar que en los modelos de las primeras generaciones hay un claro divorcio entre la definición de las políticas y la implementación de los programas. A pesar de que se denominan estudios generacionales de la implementación de las políticas pública, parece que se toman como sinónimos políticas y programas públicos. Una política no se implementa, lo que se implementa son los programas y acciones dentro de una política pública. Al carecer los programas de una política pública, no posee de un diagnóstico, Visión, objetivos, metas y primero se define el programa para posteriormente justificarlo creando artificialmente una visión, objetivos y metas.

El Mensaje a la Nación del C. Presidente Felipe Calderón al presentar el proyecto: Visión 2030, coincide en gran medida con las razones que expone el Modelo de Liderazgo Situacional de contar con una visión. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, PND, se enmarca dentro de esa visión, sin embargo, como se ve con detalle en el tercer capítulo donde se analiza la Visión, es tan general que no induce las políticas y acciones del Gobierno. El liderazgo situacional, incluso señala la necesidad de visiones en todos los niveles de liderazgo. Contar con una visión de Nación es un interesante punto de Partida, pero el reto siguiente debiera ser aterrizarla en visiones más concretas de las políticas públicas que dicten valores y objetivos específicos y marquen la ruta para los programas y acciones.

El PND, cuando se refiere a las metas en esa Visión, alude que el compromiso es con las generaciones futuras. En realidad, no resolver la salud financiera de la tercera edad, afectará a las generaciones futuras por el alto costo que ello significaría. El PND incluye 28 metas y aunque una hace alusión a incrementar la esperanza de vida al nacer a 80 años para el 2030, y otras se refieren a abatir la pobreza alimentaria, generar empleo, mejorar las remuneraciones, no hay una meta específica que se enfoque a la dignificación de la vida de la población de la tercera edad.

Los postulados del Modelo de Análisis de Liderazgo Situacional son aplicables a la Gestión Pública. El Modelo de Liderazgo Situacional señala que las organizaciones de alto desempeño son aquellas que, a lo largo del tiempo, continúan produciendo resultados extraordinarios, con el más alto nivel de satisfacción humana y de compromiso con el éxito e identifica seis elementos que deben cumplir dichas organizaciones, para hacer la diferencia entre obediencia y compromiso:

- S Información compartida y comunicación abierta (S: *shared information and open communications*). El acceso a la información permite que las personas se sientan capaces de tomar decisiones sólidas, alineadas con las metas y los valores de la organización. La comunicación abierta es el alma de la organización.
- C Visión convincente. (C: *compelling vision*). Una visión convincente es el sello distintivo de una organización de alto desempeño. Incluye un propósito, una imagen del futuro y ciertos valores. Los colaboradores pueden describir la visión, están comprometidos con ella y ven con claridad el papel de apoyo que desempeñan con respecto a ella.
- O Aprendizaje continuo (O: *ongoing learning*). Incluye aprendizaje organizacional e individual.
- R Concentración incesante en los resultados con los clientes (R: *relentless focuss*).
- E Sistemas y estructuras que infunden energía. (E: *energizing systems*). Proporcionan la plataforma para una respuesta rápida a los obstáculos y las oportunidades.
- S Poder compartido y alta participación (S: *shared power*). La participación, la colaboración y el trabajo en equipo, constituyen la forma de vida.

Cuando se analizan los postulados del modelo situacional, pareciera que ya se aplican varios de ellos en la implementación de los programas y acciones del gobierno. Sin embargo, solo se enuncian, no se llevan a la práctica.

El Estado, en cumplimiento de su función de garantizar la protección social que postula la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ha procurado asegurar el acceso a la salud y al bienestar de la población en general y de los adultos mayores en particular. Sin embargo, la forma en que ha liderado las políticas y acciones encaminadas a dotar de salud y apoyo financiero a este grupo de la población; la falta de un marco claro de acción, de un diagnóstico y de metas concretas que dirijan los esfuerzos y promueven la eficacia, que consideren las diferentes etapas del ciclo de vida: necesidades, diagnóstico, objetivos, metas, y propicien una participación comprometida de los colaboradores, resulta en esfuerzos aislados y muchas veces duplicados y en avances parciales y temporales.

Las acciones de los actuales programas dirigidos a la población de la tercera edad se enfocan a los efectos del problema y no a atacar las causas. La falta de cobertura de la seguridad social y los bajos niveles de las pensiones son efectos, no las causas del problema. La respuesta del Gobierno al otorgar apoyos económicos, 70 y más, alimentarios, Liconsa, capacitación y empleo a la población senescente, resultan curativas no preventivas.

No se trata únicamente de ofrecer servicios de salud a la población senescente sino de evitar, en las etapas anteriores del ciclo de vida, que se enferme, o de detectar de manera temprana los padecimientos para aminorar las complicaciones futuras. Lo mismo sucede con la salud financiera. Hay adultos que en un par de décadas van a ser adultos mayores y debe dárseles hoy las opciones para prevenir su salud física que va de la mano de la financiera.

Los esquemas de protección ofrecen una cobertura estratificada, fragmentaria y de limitada cuantía y no parten en ningún momento de la definición de un nivel mínimo requerido y alternativas para incentivar a la futura población de la tercera edad que cuenta con la solvencia financiera. Se deben buscar acciones costo-eficientes.

La transformación socio-económica y cultural compromete la viabilidad de las distintas formas de apoyo familiar a la vejez, en las que ha descansado principalmente el sostenimiento de la población en edades avanzadas en México. Las mismas razones que hicieron inoperables las pensiones e obligaron a reformar al IMSS, al ISSSTE y a la CFE, hacen imposible que los hijos puedan sostener en el futuro a los padres.

Las personas son sujetos de derecho, no solamente objetos de protección; por lo tanto disfrutan de ciertas garantías, pero también tienen responsabilidades respecto de sí mismos cuando ya no sean perceptores de ingresos. Se debe resolver cómo financiar el retiro sin imponer altas presiones a los jóvenes.

Propuestas concretas:

Esta investigación propone un modelo que permita integrar los componentes indispensables para que sean manejados en forma modular y sistemática de manera que permite la definición, implementación y evaluación de políticas públicas concretas en la búsqueda de satisfacer las necesidades y demandas de los ciudadanos.

Para ello se requiere de una Visión Global y visiones para cada etapa del Ciclo de Vida; con carácter preventivo y de largo plazo.

Específicamente, el modelo enfoca su atención en cinco agrupamientos de variables que afectan la prestación de servicios públicos: a) Visión; b) mapeo del problema; c) propuesta y evaluación de posibles soluciones; d) implementación que a su vez se divide en prueba piloto y arranque del programa; y, e) seguimiento

Una vez definido el problema, las alternativas de solución propuestas en esta investigación buscan promover un cambio de cultura, dando incentivos para que cambie el comportamiento.

Se requiere que está política sea parte de una Visión como Nación. Que lo que se haga para cada cohorte, redunde en una futura población senescente más sana; más productiva; que trabaje por más tiempo; que ahorre y que cuente con todo lo necesario para tener una vejez digna.

Es importante destacar que mientras los países desarrollados envejecieron gradualmente durante todo un siglo; los países en desarrollo en general y México en particular, está envejeciendo en menos de 30 años. Además, el mundo desarrollado era rico cuando envejeció, los países de América Latina y el Caribe envejecerán siendo pobres. Este proceso de envejecimiento acentúa las inequidades socioeconómicas y de género presentes.

La primera estrategia que se propone es el ahorro forzoso vía una cuenta individual. Según cifras del INEGI hay alrededor de 39 millones de adultos en el rango de edad de 30 a 59 años, de los cuales, conforme datos de la CONAPO,

14.9 millones están asegurados y cerca de 8 millones pertenecen a las familias cubiertas por el Programa Oportunidades, lo que significa que 23 millones están asegurados o reciben apoyos de Oportunidades. Esto permite proponer que en una primera fase se cubra a este 60% de la población. Dejando para las fases dos y tres, el 40% restante.

La segunda estrategia que se propone, es hacer obligatoria la contratación de un seguro para pensiones. La Base de Cotización sería un salario mínimo. Así los trabajadores que están en el sector formal de la economía y que hoy día están exentos de pagar el Seguro porque reciben un salario menor a un salario mínimo, tendrían que cubrir solo la diferencia porque lo referente a un salario mínimo estaría cubierto por el patrón, cuidando que no le cueste más al patrón ni a un trabajador formal que a un informal, para no desincentivar la formalidad.^{138/}

El trabajador que del sector formal pasa al sector informal seguiría cubriendo sus aportaciones, o si pasa del informal al formal, sigue con las aportaciones y contribuciones del Gobierno y del Patrón. Si permanece a lo largo de toda su vida laboral en el sector informal, contaría con el seguro de pensión, siendo los aportantes el gobierno y el trabajador.

Ambas opciones, la Cuenta de Ahorro ó la Cuenta de Pensión, tendrían un mínimo de aportación en el primer caso y una base mínima de cálculo en el segundo (un salario mínimo), serían manejadas por las Afores que ofrecieran los mayores rendimientos y los más bajos costos y les darían el beneficio de un seguro que cubra tanto muerte como accidentes que afecten su capacidad productiva; además los recursos de su cuenta de ahorro o de pensión, formarían parte de su patrimonio individual y/o familiar. A fin de consolidar estas medidas, deberían estar acompañadas de incentivos fiscales tanto para patrones como para los asegurados.

Una vez cubierta toda la población entre 30 y 59 años de edad, la segunda intervención sería que el ciudadano pudiera elegir a partir de los 45 años de edad, entre tener su cuenta a fin de recibir un monto de pensión fija o bien en invertir para adquirir un espacio en una Ciudad para la Tercera Edad a partir de que cumpliera 65 años de edad, donde tenga garantizados: techo, alimentos, empleo y actividades no solo recreativas sino aquellas que le permitieran conservarse activo y sano.

Bajo este esquema, cuando un adulto es laboralmente activo, podría pre-pagar su futura residencia. El manejo de este esquema sería mediante Aseguradoras a fin de darles certeza a los ciudadanos. Estaría previamente definidos aspectos tales como si termina de pagarla antes de retiro o no se muda a la residencia, por diferentes circunstancias, él o sus beneficiarios reciben el apoyo por tiempo determinado.

Si opta por pre-pagar una Residencia, se propone que pudiera elegir entre tres tipos de servicios y el adulto pudiera pre-pagar cualquiera de las tres opciones:

- a) Residencias de día;

^{138/}

La informalidad no es exclusiva del sector privado, también hay gobiernos estatales que contratan a personal que denominan eventual y no le otorgan prestaciones de Ley. La reforma al ISSSTE obliga a regularizar esta situación en 2012.

- b) *Medios Internados; y,*
- c) *Residencias Permanentes.*

Si elige cualquiera de las dos primeras y finalmente requiere la tercera, tendrá la opción de que él o sus familiares paguen la diferencia. Si, por el contrario, elige la tercera y requiere otra o ninguna, podrían recibir él o sus familiares una renta por su inversión.

El análisis de estas opciones además de considerar el impacto en la vida de los futuros senescentes al tener cubiertas de manera integral todas sus necesidades, contempla otros aspectos como el impacto en la creación de empleo, particularmente para mujeres entre 50 y 60 años de edad; reducción en morbilidad; detección temprana de padecimientos; oferta de vivienda, entre otros.

Dentro de los asilos públicos, el Instituto Nacional de las Personas Adultas mayores, INAPAM, cuenta con asilos y residencias de día; en dichos asilos se da albergue a ancianos, que acuden de manera voluntaria por no tener, la mayoría de las veces, familiares que puedan cuidarlos. Aunque los directivos del INAPAM señalaron que la gente que habita en los asilos es gente que no puede valerse por sí misma, de la entrevista a los senescentes que habitan ahí, resultó que el 84% es físicamente independiente; el 60% está ahí porque no tienen familiares que pueden hacerse cargo de ellos, mientras que el 40% eligió estar ahí para no ser una carga para sus hijos.

Para la población mayor de 60 se le puede ofrecer esquemas para que intercambie, swap, su futura pensión por un derecho a residencia con todos los servicios: techo, comida y servicios de salud; y mientras haga el intercambio a edades más tempranas, las condiciones de costos serían más atractivas. Para la población actualmente pensionada habría que ver la posibilidad de ofrecerles también el intercambio de su pensión por una casa/residencia con servicios. A pesar de que la población objetivo de esta investigación es la futura población senescente, la construcción de Ciudades para Ancianos que podrán optar por contratar a población del primer grupo de senescentes (entre 60 y 69 años de edad), podría rentarse a los actuales pensionados o brindarle la opción de la Residencia en lugar de la pensión, asegurando una mejor calidad de vida para dicha población, propiciando la disminución en el deterioro funcional al brindarles servicios de salud in situ y actividades que los mantengan activos, además de generar importantes fuentes de empleo regional.

Referencias bibliográficas

- Active Ageing. *A policy Framework*, WHO (2002).
- Alfonso, Juan C.; León, Esther Ma.; Menéndez, Jesús; Marín, Clara M.; Arcea, Néstor y Martínez, Leocadio. *Proyecto Salud Bienestar y Envejecimiento de los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe Cuba 2000. Capítulo 8. Uso y Acceso a Servicios de Salud y Sociales*. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005.
- Ajenjo Rodríguez, Carlos. *El papel de las Instituciones Públicas en la Atención de la Tercera Edad*, en Envejecimiento Demográfico en México. Retos y Perspectivas por una Sociedad para Todas las Edades. Conato. México. Julio 1999.
- André-Noel Ruth. *¿Política, programa o proyecto?* Boletín Política Pública No. 8. Año 1. Departamento Nacional de Planeación. Colombia, Septiembre, 2010.
- Aguilar Villanueva, Luís F. *El Estudio de la Políticas Públicas, Colección Antologías de Política Pública*. Tomo 1. Miguel Ángel Porrúa. Tercera Edición. México, 2000.
- Aguilar Villanueva, Luís F. *La Hechura de las Políticas Públicas. Colección Antologías de Política Pública*. Tomo 2. Miguel Ángel Porrúa. Tercera Edición. México, 2000.
- Aguilar Villanueva, Luis F. *La implementación de las Políticas*, Tomo 4 de la Colección Antologías de Política Pública. Miguel Ángel Porrúa. Tercera Edición. México, 2000.
- Alba Francisco; Israel Baniyas; Silvia Giorguli; Orlandina de Oliveira. *El bono demográfico en los programas de las políticas públicas de México (2000-2006): un análisis introductorio en la situación demográfica de México*, 2006. CONAPO. México, 2006.
- André-Nöel Roth *¿Política, programa o proyecto?* Boletín Política Pública No. 8, Año 1. Departamento Nacional de Planeación Colombia, Septiembre de 2010.
- Aparicio, Luís. *Una pensión gracias a la Casa. El “boom” inmobiliario hace más atractivo el seguro de renta vitalicia para vivienda que tan poco éxito ha tenido en España*. El país. Reportaje. Agosto, 2004.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. *Principios en favor de las personas de edad*. Diciembre, 1991.
- Ávalos Aguilar, Roberto. *Innovación de la Gestión Pública: Análisis y perspectiva*. Centro de Estudios de Administración Estatal y Municipal del INAP. Revista de Administración Pública, N86. México, 1994.

- Banco Mundial. *Keeping the Promise of Old Income Security in Latin America is Incomplete*. (2004).
- Barrantes-Monge, Melba, Emilio José García Mayo, Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Alejandro Miguel Jaimes. *Dependencia Funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos*. México, CONACYT 2007
- Barrientos, Armando. *Participation and earnings of older people in Argentina: nice work if you can get it?* University of Manchester, junio 2005. Mimeo. (paper)
- Bañón Martínez, Rafael. *La Evaluación de la Acción Pública como Responsabilidad Democrática*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, 2003.
- Bañón, Rafael y Carrillo Ernesto. *La Nueva Administración Pública*. Editorial Alianza. México, 1977.
- Bardach Eugene. *The Implementation Game: What happens after a bill becomes a law*. Cambridge MIT Press, 1997.
- Barzelay Michael, Babak J. Armajani, Armajani J. Babak & Alan A. Altshuler. *Breaking Through Bureaucracy: A new vision for managing in Government*.
- Blanchard, Kenneth. *Liderazgo al más Alto Nivel. Como Crear y Dirigir Organizaciones de Alto Desempeño*. Bogota, Colombia, 2007. Grupo Editorial Norma.
- Blanchard, Keneth y John Carlos y Alan Randolph, *Empowerment Takes more Than a Minute*, San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 1996.
- Blanchard, Scout, Drea Zigarmi y Vicky Essary, *Leadership Profit Chain*, Escondido California: The Ken Blanchard companies, 2006
- Calderón, Felipe. Declaraciones del C. Presidente de la República el Día Mundial de la Alimentación, 16 de octubre 2008.
- Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. *Cuidados de Largo Plazo y Bienestar de los Adultos Mayores en América*. Capítulo II del Informe Sobre la Seguridad Social en América de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México, 2005.
- Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. *Mercado Laboral y Seguridad Social en una Sociedad que Envejece*. Capítulo 1 del Informe Sobre la Seguridad Social en América de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México, 2005.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. División de Población de la CEPAL. Santiago Chile, diciembre 2006.

- Claver Martín, Ma. Dolores. *Alteraciones de la Memoria en los Mayores. Programas de Prevención e Intervenciones de Estimulación Cognitiva*. Ayuntamiento de Madrid. 2002.
- Collins, Jum. *Good to Great: Why Some Companies Make the Leap and Others Don't*. Nueva Cork: Harper Collins, 2001.
- Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Acuerdo de creación. Diario Oficial de la Federación. Agosto 10, 1999.
- Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Reglamento Interno. Diario Oficial de la Federación. Febrero, 2000.
- CONAPO. *Informe de México: El Cambio Demográfico, el envejecimiento y la Migración Internacional en México*. Comité Especial sobre Población y Desarrollo. XXXII Periodo de Sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santo Domingo, Rep. Dominicana. Junio 2008.
- CONAPO. Reunión de Expertos sobre las Implicaciones Sociales y Económicas de los Cambios en la Estructura por Edad de la Población. CONAPO. México, 2005.
- CONAPO. El Envejecimiento Demográfico en México: retos y perspectivas. noviembre 1998.
- CONAPO. Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003. México, 2004.
- Contreras Saucedo, María Elvira. La Reforma de los Sistemas de Seguridad Social en América Latina. *Revista Seguridad Social*. Número 206. Mayo-junio 1997. Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
- Cortés Rodríguez Enrique y Peñaloza Garrido Antonio. Nueva Ley del Seguro Social. Grupo Editorial AASS. México 1999.
- Cost Effectiveness of interventions to prevent or treat obesity and Type 2 diabetes. OCDE. October, 2004.
- Costa Dora L. *The economics and demography of aging*. Department of Economics, Massachusetts Institute Technology. PNAS. Vol. 104. No. 33 August, 2007.
- Creuheres Díaz, Santiago. Adultos Mayores. www.diariocambio.com.mx. En Boga
- Cruz Rubio, César N. y Mariângela Petrizzo. *El estudio de las políticas públicas: el estado de la disciplina y la consolidación democrática en América Latina*. Madrid, España 2000.
- Cuevas Renaud Corina Margarita. *Desarrollo de un modelo para la Implementación y Evaluación de las Políticas Públicas en Salud a partir de un Estudio de Caso. Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervicouterino*. Tesis doctoral, UNAM, 2003.

- Daft, Richard. *Teoría y Diseño Organizacional*. Editorial Thompson, 2007.
- De la Fuente, Carlos. Foro de Especialistas de Seguridad Social México, 2008.
- DeLeon, Peter. *La Democratización de las Ciencias Políticas en Gestión y Política Pública*. Vol III. Num. 1, primer semestre. Centro de Investigación y Docencia Económicas. México, 1994.
- DeLeon Meter. *Una revisión del proceso de las políticas: de Lasswell a Sabatier* en Gestión y Política Pública. Vol. VI. Núm. 1. Primer semestre de 1997. Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE. México, 1997.
- De mayores.Com *La "hipoteca inversa" una solución para muchos en la vejez*. Julio, 2008. www.demayores.com/2008/07/23/la-hipoteca-inversa-una-solucion-para-muchos-en-la-vejez.
- Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se establece el Mecanismo de Ahorro para el Retiro de Oportunidades. México, marzo 27 2006.
- Don Carew, Fay Kandarian, Eunice Parisi-Carew y Jesse Stoner. Ken Blanchard Companies, 2001. *High Performing Organizations: Scores*. Estados Unidos, 2001.
- Drucker Peter; Senge, Peter; Nelly, Kevin; Covey, Stephen; Bennis, Warren. *De Líder a Líder*. Editorial Granica. España, 2002
- Drucker, Paul. *Desafíos de la gerencia para el Siglo XXI*. Grupo Editorial Norma. Colombia, 2002.
- Drug, Etienne G.; Linda L. Dahlberg, James A. Mercy; Anthony B. Zwu; Rafael Lozana. *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Capítulo 5, el Maltrato a las Personas Mayores. Washington, D.C. 2003.
- Encuesta Nacional Sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2003.
- Encuesta Nacional de Seguridad Social (ENSS). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004.
- Espindel-Bermúdez, Claudia; Juan Enrique García-López; Paloma Villa Gómez Ornelas; Carlos Durán Muñoz; Sergio Sánchez García; Teresa Juárez Cedillo; Carmen Garcia Peña. *Aging of the population, a challenge for the health system of Mexico*. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, 2009.
- *Evaluación de Consistencia y Resultados del Programa de Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales*. Universidad Autónoma de Chapingo. México, 2007.

- *Evaluación de los Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales 2007*. Dirección de Finanzas. Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales. México, 2007.
- *Evaluación Externa del Programa de Atención a Adultos Mayores de 70 y más en zonas rurales*. Universidad Autónoma de Chapingo. México, 2007.
- Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures". (Mexico, 2005).
- Fleishman, Raquel. *Método de Acreditación, regulación, evaluación, seguimiento y mejora continua de la calidad de atención*. Israel, 2004.
- Frenk, Julio. *Hacia la Reforma del Sistema de Salud: una propuesta estratégica*. Economía y Salud. Documentos para el análisis y la convergencia 12. Fundación Mexicana para la Salud. México, 1994.
- Godoy Emma. *Gente grande*. INAPAM. México, 2005.
- Goggin, M. Lester, J. Bowman A y O'tole. Public Policy Studies Review, autumn 1987. Vol 1, 200-216.
- Gomes de Conceição, María Cristina. *El proceso de envejecimiento poblacional y el curso de la vida*. Conapo, 1998.
- Gómez, Cristina (1996), *Envejecimiento Poblacional y las formas de residencia en México*. en Papeles de Población, CIEAP/UAEM, oct-dic, México.
- Guerrero, Omar. *La Teoría de la Administración Pública*. México, 1986.
- Gutiérrez, Luís Miguel (1996). Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica en Salud Pública de México, vol. 38, No. 6, México.
- Hall Gillette; Layton, Heather; y Toscazo, Maria Guadalupe. *Estudios Económicos y Sectoriales 2000-2008*. Sedesol. Programa de Atención a Adultos Mayores en Zonas Rurales. Banco Mundial. Mimeo.
- Ham Chande, Roberto. *El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica*. Miguel Ángel Porrúa. México, 2003.
- Ham Chande, Roberto. *El Futuro de las pensiones. Promesas fáciles de difícil cumplimiento*. Demos No. 12. México, 1999.
- Ham Chande, Roberto. *Implicaciones del envejecimiento en la planeación del bienestar*. Papeles de Población, jul-sep, 1998. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca. México, 1998.
- Ham Chande, Roberto y Berenice P. Ramírez (Coordinadores). Efectos Económicos de los Sistemas de Pensiones. Pág. 33. El Colegio de la Frontera Norte. Plaza y Valdés Editores. México, 2006.

- Hernández Sampieri, Roberto; Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio. *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill. Segunda Edición. México, 1998.
- Hersey H. Paul y Blanchard Kenneth. *Management of Organizational Behavior*. Novena Edición, 1968.
- Ibáñez Zepeda, Elmyra. *Envejecimiento Demográfico en México. Importancia de los Ingresos Durante la Vejez*. Tesis para obtener el Grado de Doctor en Estudios de Población. El Colegio de México, A.C. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. México, D.F, 2002
- INEGI. *Los Adultos Mayores en México. Perfil Sociodemográfico al Inicio del Siglo XXI*. Edición 2005. México.
- INAPAM. *Agenda del Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el Tema de Adultos Mayores*. Secretaría de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. México, noviembre 2004.
- INAPAM. *Informe de México sobre la aplicación de la Estrategia Regional para la Implementación del Plan Madrid*. Sedesol. México agosto 2007. Mimeo.
- INAPAM: Retos y Desafíos de la Gente Grande. 25 años. México, 2005.
- INAPAM. *¿Quiénes Somos y Qué Hacemos?* Sedesol, INAPAM. México, 2007.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Programas integrados de Salud. 2001-2003
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Numeralia 2005. Subdirección General de Finanzas. Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional. ISSSTE, 2006.
- Instituto Nacional de la Senectud, INSEN. *Programas de Investigación y Desarrollo Social*. México, 2000.
- Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Publicación de las Naciones Unidas. (Viena, 1982.)
- International Plan of Action on Ageing (MIPAA). Madrid, España, 2002.
- Jean- Claude Thoening. *Política Pública y Acción Pública en Gestión y Política Pública*. Vol. VI. Núm. 1. México. Primer semestre de 1997. Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE
- Kenneth, *Liderazgo al más Alto Nivel. Como crear y dirigir organizaciones de alto desempeño*. Grupo Editorial Norma. Escondido, California EUA, 2007.

- Knaul, Felicia; Gustavo Nigenda; Miguel Angel, Ramírez; Ana Cristina, Torres; Ana Mylena, Aguilar; Mariana, López Ortega; José Luís, Torres. *Atención a los Adultos Mayores en México. Informando y reformando*. Boletín Trimestral del NAADIR/AL No. 20. abr-junio, 2004. México, 2004.
- Levy, Santiago. *Buenas Intenciones, Malos Resultados: Política Social, Informalidad y Crecimiento Económico en México*. BID. Washington, D.C. 2008. Brookings Institution Press.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Secretaría de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. México, 2008.
- Ley General de Desarrollo Social. Diario Oficial de la Federación. Enero 20, 2004.
- Lester J., Bowman, A. Goggin., M, y O'Toole Jr. *Public Policy implementation: Evolution of the Field and Agenda for Future Research*. Policy Studies review, Autumn 1987, Vol. 7, No. 1
- Levy, Santiago. *Buenas intenciones, malos resultados: Política social, informalidad y crecimiento económico en México*. BID. Brookings Institution Press. Washington, 2008.
- Lieberman, Trudy. Consumer reports. Complete Guide to Health Services for Seniors. Estados Unidos, 2000.
- Lipsky, M. Street Level Bureaucracy. *Dilemmas of the individual in Public Services*. Russell Sage Foundations, New York, 1980.
- Luna Obregón, Sergio. Acción y Proyección del Instituto Nacional de la Senectud. Publicación del INSEN. México, 1982.
- Mahal A. y Berman P. 2001, Health Expenditures and the Elderly: A survey of Issues in Forecasting, Methods Used, and Relevant for Developing Countries. Research Paper No. 01.23 USA: Harvard Burden of Disease Unit.).
- Malagón Cruz. Yuselis y Adialys Guevara González. *Enfoques de la Situación de Salud del Adulto Mayor*. Centro de Investigaciones del Envejecimiento, Longevidad y Salud. Cuba, 2004.
- Malone, T.W., Is Empowerment Just a Fad? *Control, Decision Making, and IT*, Sloan Management Review (invierno de 1997). pág:23-25.
- Merino Juárez, Gustavo A. *Las Transferencias de la Educación Federal en México: una evaluación de sus criterios de equidad y eficiencia* en Gestión y Política Pública. Vol. VI. Núm. 1. México. Primer semestre de 1997. Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE. México, 1997.

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Un Nuevo Derecho Acompaña a Todos los Españoles*. Gabinete de Comunicación, España, 2007.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Servicios Sociales. El Congreso aprueba la Ley de Dependencia. España, 2007.
- Montes de Oca, Verónica. *Relaciones familiares y Redes Sociales*. Conapo, 1996
- Naohiro Ogawa. United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures. (México, 2005).
- Nava Bolaños, Isalia y Roberto Ham Chande. *Dividendos Demográficos y el Sistema de Pensiones de Retiro*. Papeles de Población, oct-dic, número 050. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México, 2006.
- Nogueira, Caro y Alfageme, Ana. *Las personas dependientes tendrán derecho a recibir atención pública a partir de 2007*. España, abril 2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para Prestación de Servicios de Asistencia Social para menores y adultos mayores. DOF, noviembre 1999.
- Ocasio Rizzo, Holly. *Invirtiendo en ladrillos. Una mirada a las hipotecas revertidas*. AARP Segunda Juventud. Revista bilingüe. julio, 2005. www.aarpsegundajuventud.org/Spanish/finances/2005-JJ/05JJ_reverse_mortgage.html
- Ottawa, Canadá. Ministro de Recursos Humanos y Desarrollo Social. *Visión General del Sistema de Pensiones Canadiense*. Mimeo.
- Palumbo D. y Calista D, *Implementation and the Policy Process. Opening up black box*, Greenwood Press, 1990.
- Partida Bush, Virgilio. *Proyecciones de la población de México 2005-2050*. CONAPO. México, 2006.
- Popolo, Fabiana. *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*, en Serie de Población y Desarrollo. CEPAL-CELADE. Santiago de Chile, noviembre 2001.
- Pressman J.L. y Wildavsky A. *Implementation*, Berkeley University of California Press, 1973.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006. Secretaría de Salud, México 2001.
- Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social. Diario Oficial de la Federación. Enero 18, 2006.
- Reglas de Operación del Programa 70 y más. Acuerdo de Modificación. Diario Oficial de la Federación. Diciembre 2008.

- Reyes Fraustro, Sandra. *Population Ageing in the Mexican Institute of Social Security: Health Policy and Economic Implications*. IMSS Fundación Mexicana para la Salud. México, 2001. Grupo Edición, S.A. de C.V.
- Saad, Paulo. United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures. (México, 2005.)
- Sabatier P. *Top-down and Bottom-up Approaches to implementation research of critical analysis and suggested sintesis*. Journal of Public Policy, 1986.
- Salgado, V. Nelly y Rebeca Wong. *Género y Pobreza: determinantes de la Salud en la Vejez*. México, CONACYT 2007.
- Sánchez González, José Juan. *La Administración Pública como Ciencia. Su Objeto y su Estudio*. Plaza y Valdés Editores. México, 2001.
- Sánchez González, José Juan. *Gestión Pública y Governance*. Instituto de Administración Pública del Estado de México. México, 2006.
- Scott, John. *¿Sería factible eliminar la pobreza en la tercera edad en el ámbito nacional por medio de una pensión básica universal?* México, marzo 2006.
- Secretaría de Desarrollo Social. Programa de Atención a los Adultos Mayores 70 y Más. Mayo, 2006.
- Secretaría de Desarrollo Social. *Reglas de Operación. Mecanismo de Ahorro para el Retiro de Población de Oportunidades (MAROP)*. Diario Oficial de la Federación. México, marzo 27 de 2006.
- SHCP. Sistema de Evaluación del Desempeño. México, junio 2008.
- Secretaría de Salud. *Programa de acción: Atención al envejecimiento 2001-2006*. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. México, 2001.
- Serra, Alberto; Verónica Figueroa y Ángel Sanz. *Modelo Abierto para Resultados en el Sector Público*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD). Julio, 2007.
- Sidorenko, Alexandre. *Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing: Initial Experience*. México, junio 2004.
- Soberón G, y cols. IV *Perspectivas para el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. Benjamín González Roaro. Funsalud. Gaceta Médica México Vol. 137 No. 5, 2001
- Solis Soberón, Fernando y F. Alejandro, Villagomez. *Domestic savings in Mexico and Pensión System Reform*. Conferencia

organizada por el Instituto de estudios Latinoamericanos de la Universidad de Londres. Londres, 1995. Mimeo

- Soto Vargas, Patricia Rosalía. *La Administración Pública de la Salud, del Estado de Policía al Moderno Estado de Derecho*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Administración en Sistemas de Salud. México, 1997.
- Stoner, Jesse y Drea Zigarmi. *From Vision to reality*. Escondido, California, 1993
- Suzman, Richard. *Planeación para los desafíos que enfrentará el financiamiento de los Sistemas de Salud*. (Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública (México, 2005)
- Téllez Rojo Solís, Martha María. *Diagnóstico sobre las condiciones de vida y bienestar del Componente para adultos Mayores del Programa Oportunidades*. INSP-Oportunidades. México, 2006.
- Toca Torres, Claudia Eugenia. *Mercadotecnia Estratégica como Enfoque de Gestión Pública, su aplicación en México a una Organización del Gobierno Federal*. Tesis para obtener el Grado de Doctorado en Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. México, 2003.
- Tuirán Rodolfo. *Desafíos del envejecimiento demográfico en México*. Consejo Nacional de Población. CONAPO. México, 1999.
- *United Nations Expert Group Meeting on social and economic implications of changing population age structures*. United Nations. New York, 2007.
- Van Meter, Donald S y Van Horn, Carl E. *El Proceso de Implementación de las Políticas. Un Marco Conceptual* en Luis F. Aguilar Villanueva. La implementación de las Políticas Colección Antologías de Política Pública. Tomo 4. México, 2000. Miguel Ángel Porrúa. Tercera Edición.
- Vassallo, Carlos y Matilde, Sellanes. *La salud en la tercera edad*. Secretaría de la Tercera Edad. Argentina, 2001.
- Vázquez Mota, Josefina. *El Reto del Envejecimiento. 25 años de atención Gerontológica en México, 1979-2004*. Mimeo. México, 2004.
- Victoria Jardón, Ana María. *Desarrollo de una Política para la Atención de la Salud Indígena*. Tesis para obtener el Grado de doctor en Administración Pública. UNAM. Mayo 2001.
- *Visión General del Sistema de Pensiones Canadiense*. Ministro de Recursos Humanos y Desarrollo Social. Ottawa, Canadá.
- Wei, Jeanne y Levkoff, Sue. *Aging Well. The Complete Guide to Physical and Emotional Health*. Canadá, 1998.

- Wong, Rebeca; Mónica Espinoza y Alberto Palloni. *Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento*. México, CONACYT 2007.
- Wong, Rebeca y Mónica Espinoza. *Bienestar económico de la población en edad media y avanzada en México*. Primeros resultados del ENASEM 2001. (CEPAL, 2003).
- Wong, Rebeca. *El envejecimiento poblacional en México: implicaciones para los sistemas de salud*. Congreso de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública (México, 2005).
- Wong, Rebeca y Nelly Salgado. *Género y Pobreza: determinantes de la Salud en la Vejez*. México, CONACYT 2007.
- www.worldbank.org. *Cumpliendo la promesa de seguridad en el ingreso de los mayores de edad en América Latina*. Washington, 2005.
- Zlotnik, Hania. *United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures*. México, 2005.
- Zuñiga, Elena y Daniel Vega. *Envejecimiento de la Población en México. Reto del Siglo XXI*. Conapo, 2004.
- Zurita, Beatriz, González Rosetti Alejandra, Knaul, Felicia y Soberón Guillermo. *Hacia un México más saludable: una visión del sector privado*. Fundación Mexicana para la Salud. México, 2000

Consulta en Línea:

- Luna Plasencia, Claudia. *Por la Espiral*. Octubre, 2007. www.enlineadirecta.info/Noticias de Tamaulipas al minuto.
- La “hipoteca inversa” una solución para muchos en la vejez. De mayores.Com. Julio, 2008.
- www.articulosinformativos.com.mx/Hipoteca_Inversa
- *La Vivienda-Pensión y la llamada Hipoteca Inversa son una buena alternativa para muchos jubilados y mayores*. www.demayores.com/2006/02/13/la-vivienda-pension-y-la-llamada-hipoteca-inversa- Febrero, 2006.
- Long Term Care Link. www.longtermcarelink.net/
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. “El Congreso Aprueba la Ley de Dependencia.2006
www.tt.mtas.es/periodico/servicossociales/200611/SES20061130.htm
- www.demayores.com/2007/01/15/feia-de-la-salud-del-adulto-mayor-en-mexico/
- www.ahorrando.org/section.cfm/306
- www.inapam.gob.mx/inapam/servicios.htm
www.articulosinformativos.com.mx/Hipoteca_Inversa

- www.worldbank.org. *Cumpliendo la promesa de seguridad en el ingreso de los mayores de edad en América Latina*. Washington, 2005.
- Luna Plasencia, Claudia. *Por la Espiral*. Octubre, 2007. www.enlineadirecta.info-noticias de Tamaulipas al minuto.
- Mae, Fannie. *Money from Home. A Guide to Understanding Reverse Mortgage*. Washington, DC. www.fanniemae.com

Anexo 1

Definiciones:

- a) Adulto Mayor:
- i. Independiente: Aquel que no tiene ninguna limitación para realizar “Actividades Básicas de la Vida Diaria, ABVD” y que puede presentar problemas hasta en tres Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, AIVD’s.
 - ii. En riesgo de dependencia: Aquel que presenta problemas para preparar la comida, movilidad fuera del hogar y que vive solo.
 - iii. En dependencia leve: Aquel que presenta dificultad para realizar una ABVD o que sin tener problemas en ninguna ABVD, necesita ayuda en el control de medicación y en el manejo del dinero.
 - iv. En dependencia moderada psicogerátrica: Aquel que necesita ayuda para realizar dos ABVD’s y que además presenta problemas en el manejo del dinero y en el control de la medicación, junto con desorientación u otros trastornos psicogeriátricos.
 - v. En dependencia grave: Aquel que necesita ayuda para realizar tres o cuatro ABVD’s, independientemente de la ayuda que necesita en la realización de AIVD’s.
 - vi. En dependencia total: Aquel que necesita ayuda para realizar cinco ABVDs, independientemente de la ayuda que necesita en la realización de AIVDs.
- b) Anciano de alto riesgo: Aquel anciano que presenta uno o varios de los denominados factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales que lo hacen propenso a presentar discapacidades en cualquiera de las tres esferas referidas.
- c) Anciano o adulto mayor: Persona mayor de 60 años
- ✓ Tercera Edad: Personas comprendidas entre los 60 y 74 años de edad.
 - ✓ Cuarta Edad: Personas comprendidas entre los 75 y 89 años de edad.
 - ✓ Longevos: Personas mayores de 90 años de edad.
 - ✓ Centenarios: Personas mayores de 100 años de edad
- d) Autonomía, Autovalidismo o Nivel Funcional: Equilibrio del individuo y su medio ambiente que le permite la capacidad de adaptación y realización de las actividades de la vida diaria, instrumentadas y no instrumentadas.
- e) Casa hogar para adultos mayores. Establecimiento donde se proporciona a adultos mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.
- f) Centro de atención especializada. Establecimiento que atiende a personas de ambos sexos, con daños emocionales graves o deficiencias físicas y mentales que les limiten temporalmente o les impiden una vida en comunidad de personas sanas.

- g) Centro de día. Establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud.
- h) Cociente de dependencia parental: número de personas de 85 años y más por cada 100 personas de 50 a 64 años. En México pasó de 2 en 1950 a 4 en el 2000 y para el 2050 se espera sea de 11.3. Se estima que Japón en 2050 tendrá el índice más elevado del mundo, 56.
- i) Cuidados de largo plazo, CLP. Servicios diseñados para las personas que no son completamente capaces –sobre una base de largo plazo- del cuidado de sí mismos. Los servicios se enfocan en minimizar, restaurar o compensar la pérdida del funcionamiento físico o mental independiente
- j) Efectividad: Relación existente entre un producto y la variación provocada en la situación social (producto-resultado).
- k) Eficacia: Conseguir el objetivo sin reparar en los medios.
- l) Eficiencia: Hacer más con menos.
- m) 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 el consumo de tabaco y alcohol en exceso.
- n) Funcionalidad: capacidad de independencia y calidad de vida;
- o) Gerencia Pública: Dentro del proceso administrativo, se limita a la dirección operativa.
- p) Geriátrica: Especialidad que se ocupa de las enfermedades y condiciones que afectan con mayor frecuencia al adulto mayor. Sus objetivos de salud son: prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y discapacidades.
- q) Gerontología: Campo interdisciplinario que estudia el envejecimiento individual y social, cuyos contenidos y métodos son extraídos de la Biología, Ciencias Médicas, Psicología, Sociología, Economía, Demografía, Servicios Sociales y Leyes, entre otros.
- r) Gestión Pública: Se refiere a todo el proceso administrativo: planeación, organización, dirección y control.
- s) Grados de Salud:
 - Grado I: El anciano es capaz de atenderse asimismo en sus actividades del diario vivir, desarrollar sus actividades en la casa y en la comunidad sin ayuda;
 - Grado II: El anciano es capaz de atenderse asimismo en sus actividades del diario vivir, desarrollar sus actividades en la casa sin ayuda;
 - Grado III: El anciano es capaz de atenderse asimismo en sus actividades del diario vivir sin ayuda;
 - Grado IV: El anciano es incapaz de atenderse asimismo en sus actividades del diario vivir sin ayuda.
- t) Impacto: Relación causa-efecto entre la producción realizada y el cambio social provocado.

- u) Paciente geriátrico: aquel que exhibe una gran fragilidad, con la presencia de numerosas patologías, riesgos y dependencia de otros, consumiendo una gran cantidad de recursos económicos y sociales.
- v) Pensión: Prestación en dinero que otorgan las instituciones a los asegurados o a sus beneficiarios conforme a lo establecido en la legislación de cada institución.
- w) Política Pública: Disciplina que pretende contribuir a la elaboración de decisiones públicas más eficaces que sean capaces de ir abordando oportuna y sistemáticamente desoladores problemas y defectos públicos.
- x) Salud geriátrica: Capacidad funcional del anciano para atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite en forma dinámica el desempeño pleno de sus funciones de acuerdo a sus capacidades.
- y) Vejez en plenitud: Entre los 60 y 70 años. Se espera que el individuo esté activo, continúe con el aporte económico y se conserve saludable.
- z) Vejez media: Entre los 70 y 78 años, se comienzan a mermar biológicamente las condiciones físicas y se hacen necesarios los apoyos en salud.
- aa) Vejez Terminal. Mayores de 78 años, suelen presentarse discapacidades que requieren de cuidados intensivos y de largo plazo.

Anexo 2
Cuadro 25

Resultados de la Encuesta a Pensionados del ISSSTE

	Total	Hombres	Mujeres
Género	100.0	42.0	58.0
Edad Promedio	67.4	69.2	66.1
Físicamente independientes (%)	93.0	92.7	93.2
Padecimientos			
Diabetes	23.1	29.3	18.6
Hipertensión	45.0	43.9	45.8
Cardiovasculares	17.0	17.1	16.9
Artritis	8.0	0.0	13.6
Trabajan			
Económicamente autosuficiente	90.9	87.8	93.2
Otras fuentes de ingreso			
Ayuda familiar	9.0	12.2	6.8
Trabajo	9.0	9.8	8.5
Casa propia	85.0	88.1	82.8
Promedio de años pensionado	11.1	11.1	11.1
Edad promedio de jubilación	56.3	58.1	55.0
Ingreso mensual promedio de quienes trabajan	4,107	5,625	3,500
Con quienes vive			
Pareja	34.2	48.8	23.7
Pareja e hijos	18.1	24.4	13.6
Hijos	22.7	7.3	33.9
Solo	16.0	17.1	15.3
Otro*/	13.8	7.3	18.6
Viviría en un asilo			
Razones para vivir en un asilo			
No dar molestias	53.5	60.0	51.5
No tiene quien lo cuide	21.4	30.0	15.2
Para estar con gente de su edad	23.5	10.0	33.3
No viviría en un asilo	46.0	74.4	44.1
Razones para no vivir en un asilo			
Tiene casa y/ familia	49.1	58.6	42.3
Son caros y malos	30.9	31.0	30.8
Es triste, abandono	19.9	10.3	26.9
Beneficiario de otros programas del gobierno			
INAPAM	50.0	65.0	36.4
70 y más	33.3	25.0	40.9
Si Vale	16.7	10.0	22.7
Principales necesidades			
Mayor pensión	48.2	58.3	40.8
Salud	29.4	22.2	34.7
Mejores servicios de salud	5.9	8.3	4.1
No requiere nada	16.5	11.1	20.4
Principales preocupaciones			
Salud	38.0	36.6	39.0
Situación Económica	21.0	26.8	16.9
Recomendaciones a la futura población senescente			
Estudien y Trabajen con ahínco	48.0	56.1	42.4
Cuiden su salud	27.0	24.4	28.8
Ahorren	12.0	12.2	11.9

*/ 5% de las mujeres vive con alguno de sus padres

Cuadro 26**Resultados de la encuesta a Residentes en Asilos del INAPAM**

	Total	Hombres	Mujeres
<i>Género</i>	100.0	44.0	56.0
<i>Edad Promedio</i>	76	76	75
<i>Físicamente independientes (%)</i>	83.8	77.3	89.1
<i>Padecimientos</i>			
<i>Hipertensión</i>	49.5	56.8	43.6
<i>Diabetes</i>	37.4	40.9	34.5
<i>Artritis</i>	29.3	31.8	27.3
<i>Cardiovasculares</i>	8.1	15.9	1.8
<i>Económicamente autosuficiente</i>	41.4	45.5	33.2
<i>Pensionados</i>	44.4	45.5	38.2
<i>IMSS</i>	54.5	50.0	58.3
<i>ISSSTE</i>	45.5	50.0	41.7
<i>Promedio de años pensionado</i>	11.4	12.1	10.9
<i>Monto promedio de la pensión</i>	2,355	2,450	2,285
<i>Recibe ayuda de familiares</i>	72.7	85.0	62.5
<i>Trabaja</i>	0.0	0.0	0.0
<i>Recibe apoyos del Gobierno</i>			
<i>Pensión Alimentaria</i>	51.0	43.2	57.1
<i>Si Vale</i>	5.0	4.5	5.3
<i>INAPAM</i>	20.0	29.5	12.5
<i>Tiene casa Propia</i>	2.0	4.5	0.0
<i>Con quién vivía antes</i>			
<i>Con familiares</i>	35.0	40.9	30.3
<i>Con su pareja</i>	19.0	15.9	21.4
<i>Solo</i>	45.0	45.4	44.6
<i>Principales razones para vivir ahí</i>			
<i>No tiene quien lo cuide</i>	26.3	34.1	20.0
<i>No tiene casa ni trabajo</i>	26.3	22.7	29.1
<i>Lo abandonó su familia</i>	18.2	27.3	10.9
<i>Convivir con gente de su edad y no ser una molestia</i>	28.3	15.9	38.2
<i>Recibe visitas frecuentes de familiares y amigos</i>	54.5	52.3	56.4
<i>En dónde le gustaría vivir</i>			
<i>Con familiares</i>	26.0	22.7	28.6
<i>En el asilo en donde vive</i>	51.0	54.5	48.2
<i>En provincia</i>	10.0	13.6	7.4
<i>Actividades que realiza cotidianamente^{1/}</i>			
<i>Manualidades</i>	54.0	27.3	75.0
<i>Lectura</i>	44.0	59.1	32.1
<i>Ejercicio</i>	47.0	45.4	48.1
<i>Qué considera que debiera hacer el Gobierno^{1/}</i>			
<i>Más y mejores albergues</i>			
<i>Mejores servicios médicos</i>	54.5	45.0	62.5
<i>Pensiones más altas</i>	20.5	30.0	12.5
<i>Más medicamentos</i>	31.8	35.0	29.2
<i>Nada, ya hace suficiente</i>	29.5	20.0	37.5
	34.1	30.0	37.5

^{1/} la suma da más que 100% porque no son excluyentes.

Cuadro 27
Resultados de la Encuesta a Personal Activo

	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
<i>Género</i>	100.0	35.0	65.0
<i>Edad Promedio</i>	42.7	44.1	41.9
<i>Nivel</i>			
<i>Mando</i>	23.2	26.5	21.5
<i>Enlace</i>	21.2	29.4	16.9
<i>Operativo</i>	55.6	44.1	61.5
<i>Promedio años cotizando</i>	16.1	15.6	16.3
<i>Cuenta individual</i>	35.9	39.4	33.9
<i>10 Bis</i>	64.1	60.6	66.1
<i>Conoce su saldo en su cuenta individual</i>	41.3	27.2	50.0
<i>Edad promedio espera pensionarse</i>	58.9	61.3	57.4
<i>Destino SSI</i>			
<i>Inversión</i>	26.4	47.6	12.5
<i>Familia</i>	17.0	14.3	18.8
<i>Vejez</i>	18.9	9.5	25.0
<i>No sabe</i>	37.7	28.6	43.7
<i>Ahorro Solidario</i>	35.4	35.3	35.4
<i>No. de hijos</i>	1.6	1.7	1.5
<i>No. de hermanos</i>	3.2	3.2	3.2
<i>Padres vivos</i>			
<i>Uno</i>	25.8	28.1	24.6
<i>Los dos</i>	45.4	37.5	49.2
<i>Ninguno</i>	28.9	34.4	26.2
<i>Padres pensionados</i>	36.2	28.6	41.7
<i>Apoya financieramente a sus padres</i>	69.6	66.7	79.8
<i>Si viviría en un asilo</i>	34.3	29.4	36.9
<i>O ser una carga</i>	29.4	50.0	20.8
<i>Estaría mejor</i>	70.6	50.0	79.2
<i>No viviría en un asilo</i>	65.7	70.6	63.1
<i>Tiene casa y/o familia</i>	26.2	20.8	29.3
<i>Mala calidad</i>	55.4	66.7	48.8
<i>Que debe hacer el gobierno</i>			
<i>Tolerancia y respeto</i>	16.2	23.5	12.3
<i>Clínicas</i>	13.1	14.7	12.3
<i>Empleos</i>	22.2	26.5	20.0
<i>Pensiones</i>	22.2	32.4	16.9
<i>Asilos</i>	8.1	2.9	10.8
<i>Qué le preocupa</i>			
<i>Salud</i>	48.5	44.1	50.8

Anexo 3. Cuestionarios:

Directivos de Programas:

- 1) **Los participantes del Programa cuentan con una visión clara.**
- 2) **Quiénes participaron en la definición de la visión,**
- 3) **Cómo se visualiza el futuro**
- 4) **Cuáles son los tres principales valores de esta visión.**
- 5) **El programa postula metas específicas, cuáles.**
- 6) **Se comparte información, cuál y cómo**
- 7) **En los lineamientos o reglas del Programa se identifican funciones y actividades concretas.**
- 8) **Se determinaron las habilidades y conocimientos necesarios para realizar las tareas del Programa.**
- 9) **Se evaluó el nivel de competencia de los colaboradores respecto a las habilidades y conocimientos requeridos.**
- 10) **Se están forjando nuevas habilidades, cuáles**
- 11) **Se diagnosticó el nivel de desarrollo en función del nivel de competencia y dedicación para decidir el estilo de liderazgo.**
- 12) **Hay programas de capacitación.**
- 13) **Cuál es el estilo de liderazgo.**
- 14) **Se perciben etapas o fases de liderazgo.**
- 15) **Qué se busca compromiso u obediencia.**
- 16) **Cuál es el clima dentro de los implementadores**
- 17) **Qué opinan los usuarios**
- 18) **La estructura es la adecuada, ha sufrido cambios**
- 19) **Se realizó antes del arranque del Programa una prueba piloto.**
- 20) **Hay control de avances y retroalimentación –**
- 21) **Evaluación del desempeño-**
 - a. **Son claras las expectativas de desempeño**
 - b. **Con qué frecuencia se retroalimenta a la persona sobre su desempeño o comportamiento**
 - c. **Sabe qué se espera de su trabajo**
 - d. **Hay algo que obstaculice su desempeño**
 - e. **Hay incentivos de recompensa o castigo por el buen o mal desempeño**
 - f. **Las políticas apoyan el desempeño correcto**
- 22) **Desde su origen el programa ha sufrido cambios en la visión, metas o acciones.**
- 23) **Se evalúa el Programa: quién, cuándo, resultados**

Pensionados:

- 1) **Edad:**
- i. **Fecha de nacimiento:** ___/___/___
ó
 - ii. **Años cumplidos** ___ **Años**
ó
 - iii. **Rango**
 - a. *Menor de 60*
 - b. *Entre 60 y 69*
 - c. *Entre 70 y 79*
 - d. *80 y más*
- 2) **Género:**
- e. *Hombre*
 - f. *Mujer*
- 3) **¿Es físicamente independiente?**
- g. *Si*
 - h. *No*
- 4) **Padece:**
- i. *Diabetes*
 - j. *Hipertensión*
 - k. *Enfermedades cardiovasculares*
 - l. *Enfermedades pulmonares*
 - m. *Artritis*
 - n. *Embolia*
 - o. *Fracturas*
- 5) **¿Es económicamente autosuficiente?**
- p. *Si*
 - q. *No*
- 6) **¿Cuáles son sus principales fuentes de ingreso?**
- r. *Pensión*
 - s. *Trabajo*
 - t. *Ahorros*
 - u. *Ayuda de familiares*
 - v. *Ayuda de amigos*
 - w. *Apoyos del Gobierno:* _____
- 7) **Año en que se pensionó**
- x. _____
ó
 - y. **Años pensionado:** _____
- 8) **¿Trabaja actualmente?**
- a.- *Si (Pase a la pregunta 9)*
 - b.- *No (Pase a la pregunta 13)*
- 9) **¿En donde trabaja?**
- z. *Sector Público*
 - aa. *Sector Privado*
 - bb. *Sector Social*
- 10) **Rango de Ingreso Mensual**
- cc. *De 1,000 a 2,500*
 - dd. *De 2,501 a 4,999*
 - ee. *De 5,000 a 9,999*
 - ff. *Más de 10,000*
- 11) **Regularmente, ¿cuántos días a la semana que trabaja?**
- gg. *Hasta 2*
 - hh. *Más de dos menos de 5*
 - ii. *5*
 - jj. *6 ó 7*
 - kk. *Es muy variable*
- 12) **Regularmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja?**
- ll. *Menos de 10*
 - mm. *Más de 10 y menos de 20*
-

- nn. Más de 20 y menos de 30
- oo. Más de 30 y menos de 40
- pp. 40
- qq. Más de 40

13) Tiene casa/departamento:

- rr. Propio
- ss. Rentado
- tt. prestado
- uu. otro: _____

14) ¿Cuánto la adquirió? _____ (Año o hace aproximadamente cuántos años)

15) ¿La adquirió con crédito?

- vv. FOVISSSTE
- ww. Infonavit
- xx. Otro: _____
- yy. Ninguno

16) Habita en esa casa

- zz. Sí (Pase a la 17)
- aaa.No (Pase a la 18)

17) ¿Con quienes vive?

- bbb. Solo
- ccc.Pareja
- ddd. Pareja e hijos
- eee.Hijos
- fff. Otros familiares
- ggg. Otro: _____

18) Edades y parentesco de las personas con que vive

_____ Edad	_____ Parentesco (Pareja, esposa/o,	Hija/o, sobrina/o..)
_____ Edad	_____ Parentesco (Pareja, esposa/o,	Hija/o, sobrina/o..)
_____ Edad	_____ Parentesco (Pareja, esposa/o,	Hija/o, sobrina/o..)
_____ Edad	_____ Parentesco (Pareja, esposa/o,	Hija/o, sobrina/o..)
_____ Edad	_____ Parentesco (Pareja, esposa/o,	Hija/o, sobrina/o..)

19) ¿Desde cuándo vive con ellos? ___ año ó años

20) ¿Qué actividades realiza actualmente? (trabajo, ejercicio, lectura,)

21) Viviría en un asilo:

- hhh. Si
- iii. No

¿Por qué?

22) ¿Conoce alguien que viva en un asilo?

- jjj. Si (pase a la pregunta 23)
- kkk.No (pase a la pregunta 24)

23) ¿Cómo vive?

24) ¿Qué beneficios recibe como pensionado en el ISSSTE? (nos son excluyentes)

- iv. Pensión
- v. Despensa
- vi. Vales
- vii. Actividades culturales y recreativas
- viii. Servicio médico
- ix. Bolsa de trabajo
- x. Descuentos en: _____

25) ¿Recibe beneficios de otros programas del Gobierno?

xi. Si (pase a la pregunta 26)

xii. No (pase a la pregunta 27)



26) ¿Cuáles?

xiii. Liconsa

xiv. Diconsa

xv. 70 y más

xvi. INAPAM

xvii. Otros: _____



27) ¿Qué necesita para tener una vida digna?

28) ¿Qué le preocupa?

29) ¿Qué le recomienda a la futura población de la tercera edad?

Afiliados al ISSSTE

- 1) **Rango de edad**
- a. De 18 a 24
 - b. De 25 a 40
 - c. De 41 a 59
 - d. De 60 a 69
 - e. De 70 a 79
 - f. De 80 y más
- 2) **Género**
- i. Hombre
 - ii. Mujer
- 3) **Nivel**
- i. Director
 - ii. Jefe de Departamento
 - iii. Enlace
 - iv. Operativo
- 4) **Su plaza es:**
- i. De estructura
 - ii. Eventual
 - iii. Honorarios (pase a la pregunta 12)
- 5) **¿Cuántos años lleva cotizando al ISSSTE?**
- i. Menos de 5
 - ii. Entre 6 y 10
 - iii. Entre 11 y 20
 - iv. Entre 20 y 30
 - v. Más de 30
- 6) **¿Qué esquema eligió?**
- i. Cuenta individual
 - ii. XIII Bis (pase a la pregunta 12)
- 7) **¿Conoce el saldo de su cuenta individual?**
- i. Sí
 - ii. No
- 8) **¿Cuál es el rango de su cuenta?**
- i. Menos de 100 mil
 - ii. Más de 100 mil y menos de 200 mil pesos
 - iii. Más de 200 mil y menos de 500 mil
 - iv. Más de 500 mil y menos de 1 millones
 - v. Más de 1 millón y menos de 2 millones
 - vi. Más de dos millones
- 9) **¿Conoce en qué Afore la tiene?**
- i. Sí, Cuál _____
 - ii. No
- 10) **¿Conoce el porcentaje del costo anual de su manejo de cuenta?**
- i. Sí, cuál ___
 - ii. No
- 11) **¿Conoce cuál es el rendimiento anual?**
- i. Sí, cuál _____
 - ii. No
- 12) **¿En qué año o a qué edad espera pensionarse?**
- i. ___ año ó _____ edad
 - ii. No se
- 13) **Cuenta con Seguro de Separación Individualizada**
- i. Sí
 - ii. No, (Pase a la pregunta 15)
- 14) **¿Qué destino le piensa dar a ese dinero?**
-
-
- 15) **¿Cuenta con ahorro solidario?**
- i. Sí
 - ii. No
- 16) **¿Cuántos hijos tiene?**
- i. No tengo
 - ii. Uno

- iii. Dos
- iv. Tres
- v. Más de 3
- 17) ¿Cuántos hermanos tiene?
- i. No tengo
- ii. Uno
- iii. Dos
- iv. Tres
- v. Más de 3
- 18) ¿Con quién vive?
- i. Su pareja
- ii. Sus hijos
- iii. Su pareja y sus hijos
- iv. Otro familiar
- v. Otro. _____
- 19) ¿Viven sus padres?
- i. Si su padre
- ii. Si su madre
- iii. Ambos
- iv. Ninguno (Pase a la pregunta 26)
- 20) ¿Con quién/quienes viven su(s) padre(s)?
- i. Un familiar
- ii. Solo(s)
- iii. Otro. _____
- 21) ¿Son pensionados alguno de sus padres?
- i. Uno
- ii. Ninguno
- iii. Ambos
- 22) ¿Apoyan usted y/o sus familiares financieramente a sus padres?
- i. Si usted
- ii. Si usted y sus familiares
- iii. Sus familiares
- iv. No
- 23) ¿Cuáles son las necesidades y preocupaciones de sus padres?
- _____
- _____
- 24) ¿Qué preocupaciones tiene usted con relación a ellos?
- _____
- _____
- 25) ¿Estaría de acuerdo que vivan en un asilo?
- i. Si
- ii. No
- ¿Por qué?
- _____
- _____
- 26) ¿Le gustaría a usted vivir en un asilo?
- i. Si
- ii. No
- ¿Por qué?
- _____
- _____
- 27) ¿Qué le preocupa a usted cuando llegue a la tercera edad?
- _____
- _____
- 28) ¿Cuenta con algún plan de ahorro privado para su vejez?
- i. Si, cual _____
- ii. No

29) ¿Qué programas del Gobierno conoce que estén dirigidos a la población de la tercera edad?

30) ¿Qué considera que debiera hacer adicionalmente el Gobierno o la sociedad para ayudar a la población de la tercera edad?

Habitantes en Hogares para la Tercera Edad:

- 1) **Edad:**
- a. Menor de 60
 - b. Entre 60 y 69
 - c. Entre 70 y 79
 - d. 80 y más
- 2) **Género:**
- a. Hombre
 - b. Mujer
- 3) **Años viviendo ahí:** _____
- 4) **¿Es físicamente independiente?**
- a. Sí
 - b. No
- 5) **Padece:**
- a. Diabetes
 - b. Hipertensión
 - c. Enfermedades cardiovasculares
 - d. Enfermedades Pulmonares
 - e. Artritis
 - f. Embolia
 - g. Fracturas
- 6) **¿Cuenta con Seguro de Gastos Médicos Mayores?**
- a. Si
 - b. No (pase a la pregunta 9)
- 7) **¿Cuál seguro?:**
- a. Metlife
 - b. Axa
 - c. Publico, cuál: _____
 - d. Otro: _____
- 8) **¿Quién lo paga?:**
- a. Usted
 - b. Su pareja
 - c. Su hijo/a
 - d. Otro familiar: _____
 - e. Otro: _____
- 9) **¿Es usted económicamente autosuficiente?**
- a. Sí
 - b. No
- 10) **¿Recibe pensión?**
- a. Sí (pase a la pregunta 11)
 - b. No (pase a la pregunta 14)
- 11) **Año en que se pensionó**
- a. _____
- ó
- b. Años pensionado: _____
- 12) **¿Quién institución le otorga su pensión?**
- a. IMSS
 - b. ISSSTE
 - c. CFE
 - d. PEMEX
 - e. Bancomext, Banrural,
 - f. Privada
 - g. Otra: _____
- 13) **El monto mensual de su pensión es:**
- a. De 1,000 a 2,500
 - b. De 2,501 a 4,999
 - c. De 5,000 a 9,999
 - d. Más de 10,000

- 14) *¿Cuáles son sus principales fuentes de ingreso?*
- a. *Pensión*
 - b. *Trabajo*
 - c. *Ahorros*
 - d. *Ayuda de familiares*
 - e. *Ayuda de Amigos*
 - f. *Ninguna*
 - g. *Otra: _____*
 - h. *Apoyos del Gobierno: _____*
- 15) *Trabaja actualmente*
- a. *Sí (Pase a la pregunta 16)*
 - b. *No (Pase a la pregunta 20)*
- 16) *¿En donde trabaja?*
- a. *Sector Público*
 - b. *Sector Privado*
 - c. *Sector Social*
- 17) *Rango de Ingreso Mensual*
- a. *De 1,000 a 2,500*
 - b. *De 2,501 a 4,999*
 - c. *De 5,000 a 9,999*
 - d. *Más de 10,000*
- 18) *Por lo regular, ¿Cuántos días a la semana trabaja?*
- a. *Hasta 2*
 - b. *Más de dos menos de 5*
 - c. *5*
 - d. *6 ó 7*
 - e. *Es muy variable*
- 19) *Por lo regular, ¿Cuántas horas a la semana trabaja en promedio?*
- a. *Menos de 10*
 - b. *Más de 10 y menos de 20*
 - c. *Más de 20 y menos de 30*
 - d. *Más de 30 y menos de 40*
 - e. *40*
 - f. *Más de 40*
- 20) *¿Tiene casa/departamento propio?*
- a. *Sí*
 - b. *No (Pase a la pregunta 24)*
- 21) *¿Cuánto la adquirió?_____ (Año) -aproximadamente-*
- 22) *¿La adquirió con crédito?*
- a. *FOVISSSTE*
 - b. *Otro: _____*
 - c. *No*
- 23) *¿Qué uso tiene esa casa?*
- a. *La renta y recibe el ingreso*
 - b. *La renta y un familiar recibe el ingreso*
 - c. *Viven algún familiar*
 - d. *Otro: _____*
- 24) *¿Con quien vivía antes de vivir aquí?*
- a. *Solo*
 - b. *Con su pareja*
 - c. *Con un familiar*
 - d. *Otro: _____*
- 25) *¿Tiene pareja?*
- a. *Sí*
 - b. *No (pase a la pregunta 27)*
- 26) *¿Vive su pareja aquí?*
- a. *Sí*
 - b. *No*

- 27) ¿Quiénes lo visitan y con qué frecuencia?
- a. Su pareja
 - b. Sus hijos
 - c. Otros familiares
 - d. No recibe visitas

28) ¿Por qué eligió vivir aquí?

29) ¿En dónde le gustaría vivir?

- 30) ¿Qué actividades realiza cotidianamente?
- a. Trabaja
 - b. Deporte
 - c. Lectura
 - d. Manualidades
 - e. Otras: _____

- 31) ¿Recibe beneficios de programas del Gobierno?
- a. Sí
 - b. No (Pase a la pregunta 33)

32) ¿Cuáles?

- 33) ¿Conoce los programas y acciones del Gobierno dirigidos a la población de la tercera edad?
- a. Sí
 - b. No (Pase a la pregunta 35)

34) ¿Cuáles?

35) ¿Qué cree que el Gobierno debiera hacer por la población de la tercera edad?

36) ¿Qué le gusta de vivir aquí?

37) ¿Qué no le gusta de vivir aquí?

38) ¿Qué le preocupa?
