



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y  
DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS  
CAMPO DEL CONOCIMIENTO DE LAS HUMANIDADES EN SALUD  
CAMPO DISCIPLINARIO BIOÉTICA

**LA VULNERABILIDAD EN EL ADULTO MAYOR Y EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE  
LA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

**TESIS**

QUE OPTA POR EL GRADO DE:

**DOCTORA EN BIOÉTICA**

PRESENTA:

**ITZEL VILLA PÁEZ**

TUTOR PRINCIPAL:

DR. VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ BULLÉ GOYRI

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

COMITÉ TUTOR:

DRA. MARTHA ROMERO MENDOZA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

DR. RICARDO PÁEZ MORENO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DR. ROBERT HALL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, MAYO DE 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## Índice

<b>Antecedentes .....</b>	<b>4</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 1. La vulnerabilidad.....</b>	<b>10</b>
1.1 Contexto histórico de la ética, la política y la vulnerabilidad .....	10
1.2 La bioética.....	20
1.3 Propuestas teóricas sobre la vulnerabilidad con perspectiva bioética .....	24
1.3.1 Vulnerabilidad circunstancial. ....	24
1.3.2 Vulnerabilidad como condición humana. ....	26
1.3.3 Vulnerabilidad mixta. ....	29
1.3.4 Vulnerabilidad latinoamericana.....	33
1.4 La categoría bioética vulnerabilidad .....	40
1.4.1 Qué es la vulnerabilidad. ....	40
1.4.2 La relación amenaza-riesgo-vulnerabilidad. ....	41
1.4.3 Posibilidades de superación. ....	42
1.4.4 La categoría de vulnerabilidad en sus tres niveles de análisis. ....	43
1.5 Análisis de la vulnerabilidad en un caso concreto: la historia de Isidro .....	45
1.5.1 Análisis del caso de Isidro. ....	47
<b>Capítulo 2. Las políticas públicas .....</b>	<b>50</b>
2.1 El gobierno y su objetivo por lograr el bienestar de su población: el vínculo entre lo ético y lo político.....	51
2.2 Breve descripción histórica sobre cómo el gobierno ha atendido el tema de la atención hacia los adultos mayores.....	58
2.3 Políticas públicas actuales enfocadas a las personas adultas mayores.....	68
2.3.1 Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores. ....	71
2.3.1.1 <i>Justificación a favor del programa de pensión no contributiva.....</i>	<i>71</i>
2.3.1.2 <i>Aristas críticas hacia el programa de pensión no contributiva.....</i>	<i>74</i>
2.3.2 Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2, para la prevención de la COVID-19.....	78
2.3.2.1 <i>Justificación a favor del programa de priorización de la vacunación.....</i>	<i>79</i>
2.3.2.2 <i>Aristas críticas del programa en la priorización de vacunación.....</i>	<i>80</i>
2.4 Pandemia, vulnerabilidad, políticas públicas y bien común .....	82
2.5 La idea de vulnerabilidad que permea las políticas públicas enfocadas en la población de adultos mayores en México .....	85

2.5.1 Pensión no contributiva. ....	86
2.5.2 Priorización de la vacunación. ....	87

### **Capítulo 3. El contexto de las personas adultas mayores y la vulnerabilidad como tema público. Parte 1 ..... 90**

3.1 Perspectiva sociodemográfica .....	91
3.1.1 Demografía y envejecimiento en México. ....	94
3.1.2 Ingresos y dependencia económica. ....	95
3.1.3 Conceptos de vulnerabilidad social. ....	99
3.1.4 Implicaciones sociodemográficas en las políticas públicas. ....	102
3.2 Perspectiva desde la salud-enfermedad .....	111
3.2.1 Fragilidad fisiológica en el envejecimiento. ....	112
3.2.2 Perspectiva de la salud-enfermedad desde la psicología social. ....	122
3.2.3 Perspectiva de la salud-enfermedad en las políticas públicas. ....	125

### **Capítulo 4. El contexto de las personas adultas mayores y la vulnerabilidad como tema público. Parte 2 ..... 136**

4.1 Perspectiva jurídica .....	136
4.1.1 Marco jurídico internacional. ....	136
4.1.2 Marco jurídico nacional. ....	142
4.1.3 Implicaciones jurídicas en las políticas públicas. ....	151
4.2 Perspectiva cultural .....	158
4.2.1 Percepción cultural sobre las personas adultas mayores .....	160
4.2.1.1 Consideraciones teóricas. ....	162
4.2.1.2 Consideraciones desde la opinión pública. ....	164
4.2.2 El contexto cultural en las políticas públicas. ....	172
4.3 Los adultos mayores y la vulnerabilidad en el plano ético-teórico .....	177
4.3.1 Algunas consideraciones sobre los contextos de las personas adultas mayores en el plano ético-teórico. ....	179

### **Capítulo 5. La categoría de vulnerabilidad como enfoque bioético en las políticas públicas ..... 185**

5.1 La solidaridad .....	185
5.2 Propuestas teóricas sobre la solidaridad .....	186
5.2.1 Solidaridad como principio bioético en las personas adultas mayores. ....	187
5.2.2 Solidaridad como responsabilidad común. ....	191
5.2.3 Solidaridad como principio bioético en la salud pública. ....	193
5.2.4 Crítica al concepto de solidaridad. ....	196

5.2.4.1 <i>Solidaridad, cooperación y fraternidad</i> .....	199
5.3 La solidaridad en relación con el tercer nivel de análisis de la categoría de la vulnerabilidad .....	201
5.3.1 Programa de pensión no contributiva. ....	203
5.3.2 Política de priorización de vacunación.....	204
5.4 Enfoque bioético de vulnerabilidad aplicado a las políticas públicas mexicanas para las personas adultas mayores .....	207
<b>Conclusiones</b> .....	<b>218</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>223</b>
<b>Apéndice</b> .....	<b>241</b>

## Antecedentes

Inicié la presente investigación con el objetivo de saber si la vulnerabilidad podía ser justificada como un concepto bioético en las políticas públicas para las personas adultas mayores en México. El ánimo de emprender una investigación de doctorado para darle respuesta no era aislado. Desde distintas aristas de mi vida, se generó una inquietud por la vulnerabilidad que me invitaba a analizarla:

- En la vida cotidiana, el uso del término es usual, por ejemplo: “los niños y adultos mayores son grupos vulnerables”, “la naturaleza es vulnerable”, “los sistemas informáticos pueden ser vulnerados”. Pareciera que intuitivamente sabemos que la vulnerabilidad puede expresarse en distintos sentidos y contextos, pero también es una expresión que merece ser analizada en tanto moneda de cambio para evocar condiciones de fragilidad física o mental, menoscabo del equilibrio entrópico o alertas de seguridad informática.

Una palabra tan polisémica tiene riesgos de hacer endeble su significado, hacer fútil su utilidad o prestarse a usarse como eufemismo. Situación que es indeseable en la búsqueda de la verdad.

- En la investigación de la maestría en bioética, analicé los criterios bioéticos de la asignación final que deciden los comités internos de trasplantes para pacientes geriátricos en espera de un trasplante renal cadavérico. Uno de los temas abiertos de la investigación fue si el criterio de la edad, específicamente en las personas adultas mayores en México, podría ser un móvil, implícito o explícito, para tener acceso al derecho a la salud. Lo anterior, abonó a continuar con el grupo etario de los adultos mayores, enlazado con la vulnerabilidad.
- Mi primer acercamiento teórico de la vulnerabilidad con perspectiva bioética fue la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos* (DUBDH) (2005). Recuerdo que en el 2014, como docente de la materia de bioética, era uno de los principios que revisábamos en clase y discutíamos sus implicaciones.

El “principio sobre vulnerabilidad humana e integridad personal” me generaba cierto conflicto, me preguntaba ¿por qué la vulnerabilidad tiene una naturaleza dual? ¿Cómo se pasa de lo personal a lo político? Esas dudas me ayudaron a fijar la mirada en la vulnerabilidad y sus implicaciones en las políticas públicas, en las decisiones gubernamentales que afectan al colectivo.

Al hacer una investigación más extensa sobre las propuestas teóricas de la vulnerabilidad con perspectiva bioética, el análisis de Florencia Luna (2015) se presentó como una vía pertinente a desarrollar hacia las personas adultas mayores en el contexto mexicano.

Dicha propuesta constituye un anclaje interesante para mi investigación: por una parte, toma en consideración las circunstancias que pueden dar sentido a la vulnerabilidad, pero se aleja de las etiquetas fronterizas, permitiendo explorar argumentos que converjan en el contexto actual. El ajuste final de la investigación solo toma algunas aristas de la propuesta de Luna (2015 y 2021).

En los años de la investigación del doctorado, hubo ciertos hechos relevantes que trastocaron la investigación:

- El proyecto inicial consideraba dos fuentes de información: la literatura sobre el tema, además de entrevistas a expertos académicos y hacedores de políticas públicas. Finalmente, se optó por la investigación documental, pues mi embarazo a mitad del doctorado y el tiempo restante para concretar la metodología cualitativa me hicieron reconsiderar la pertinencia temporal para terminar en el lapso asignado por el programa de estudios.
- Producto de un seminario de investigación cualitativa, realicé una entrevista a un adulto mayor de 80 años con diabetes, invidente, sin trabajo y sin redes de apoyo, salvo una vecina que le guardaba su insulina en refrigeración porque él no contaba con un frigorífico. De inmediato asumí que Cacú -seudónimo que él eligió-, me hablaría de las distintas facetas de su vulnerabilidad, pues tenía circunstancias desfavorables.

Para mi sorpresa, Cacú era una persona resiliente, con ganas de vivir en mejores condiciones económicas, desarrollarse profesionalmente y mantenerse activo.

Mientras daba clases gratuitas de matemáticas a adolescentes invidentes en una biblioteca pública, también se ocupaba de gestionar un préstamo gubernamental para poder rentar un local, poner una línea telefónica y darse algo de publicidad para comenzar su propia empresa. Sin duda, fue una lección de resiliencia y de la importancia de las historias de vida, de las narrativas como muestra de la pluralidad de las condiciones en que viven las personas adultas mayores.

- Un eje transversal al trabajo de investigación se ha dado en el contexto de la pandemia. Mientras tramitaba mi reingreso al doctorado, tras un año de suspensión temporal por maternidad, un hecho estremeció a la humanidad; pareciera que el mundo se sacudió, y grandes incertidumbres personales, colectivas, gubernamentales e institucionales llenaron los medios de comunicación con la noticia del desarrollo y rápido avance de una pandemia, un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2 fue el causante de la enfermedad de la COVID-19. A pasos acelerados comenzaron los reportes de contagios, de complicaciones en la salud y muertes en todo el mundo. Diferentes estrategias de gobierno marcaron la vida de poblaciones enteras.

El caso de México tiene claros relevantes: teniendo el ejemplo de la propagación de la COVID-19 en Europa, nuestro país tuvo una débil respuesta para evitar contagios; las actividades no esenciales pararon tardíamente a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), algunas indicaciones oficiales fueron contradictorias, como fue el uso del cubrebocas; la salud pública tuvo desafortunados tintes políticos; no se dieron apoyos económicos a la población para poder resguardarse en casa y; la priorización para la vacunación tuvo cambios arbitrarios.

La pretensión inicial de la presente investigación fue generar un concepto novedoso de vulnerabilidad; después, se optó por la exploración de la propuesta bioética de Luna (2015) y, terminó elaborándose una propuesta de categoría de la vulnerabilidad enlazada con la solidaridad.



## Introducción

Los determinantes sociales de la salud plasman escenarios únicos en cada persona, pero también se pueden identificar tendencias poblacionales sobre acciones colectivas, institucionales y gubernamentales.

La responsabilidad presente y futura de las actuales y próximas generaciones de personas adultas mayores -personas de 60 años y más-, está respaldando con más fuerza, acciones que ofrezcan condiciones de bienestar, desencadenando una veta de oportunidades para reflexionar e integrarlas a las políticas públicas como temas que resaltan en la revisión del contexto general de las personas adultas mayores en México.

La población de adultos mayores, las políticas públicas, la noción de vulnerabilidad y el análisis bioético convergen en la presente investigación. Lo anterior no está exento de dificultades, pues la idea del bien común y el bien individual pueden entrar en conflicto.

A través de una investigación documental, el objeto de estudio de este trabajo es la vulnerabilidad como categoría bioética para las políticas públicas federales hacia las personas adultas mayores en México.

El objetivo es proponer una ruta de identificación y de reflexión de un enfoque bioético de vulnerabilidad que sea viable al contexto de dos políticas públicas federales mexicanas enfocadas a las personas adultas mayores: el *Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores* (pensión no contributiva), la *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2* (priorización de vacunación).

Los criterios para la selección de las políticas públicas son: una política federal con reglas de operación, vigente y cuya población objetivo fueran las personas adultas mayores de la que solo la pensión contributiva cumplió con los requisitos de selección.

La política de priorización de vacunación no cumple con el criterio de las reglas de operación -situación justificable porque se trataba de una emergencia de salud pública-, además su población objetivo no contempla de manera exclusiva a las personas adultas mayores, sin embargo, fue el primer grupo etario prioritario en la inoculación. Por tanto,

se presentó una oportunidad emergente y recomendable para su análisis bioético, específicamente a través del lente de la categoría de vulnerabilidad.

La pregunta de investigación es ¿cuál es la viabilidad de un enfoque bioético de vulnerabilidad aplicado a las políticas públicas mexicanas para las personas adultas mayores?

Ambas políticas públicas han marcado la vida de las personas adultas mayores, favoreciendo un incentivo económico o en el tiempo de priorización de la inoculación. Las implicaciones bioéticas que de estas políticas se derivan es uno de los principales ejes de la presente investigación.

La categoría de la vulnerabilidad no se expresa de manera exclusiva, para entenderla, le anteceden las características de amenazas y riesgos (Osorio, 2017), mientras que el empoderamiento (Martínez, 2020) puede fungir como un neutralizador de la vulnerabilidad. El análisis de la identificación de vulnerabilidades en los contextos de las personas adultas mayores en México busca en la solidaridad conceptual (Bueno, 2004) una respuesta a la evocación del bien común -objetivo que resguarda el Estado-, para generar el bien público, los individuos y las sociedades deben participar identificando y trabajando en corresponsabilidad para atender los problemas públicos.

La categoría de vulnerabilidad sirve de tamiz para la identificación de características o condiciones que apoyen o refuten la justificación de las personas adultas mayores como grupo vulnerable.

La especificidad de la presente investigación tiene como finalidad ideal que pueda ser usada como una justificación teórica para el uso de la categoría de la vulnerabilidad con perspectiva bioética en el diseño de políticas públicas con enfoque en las personas adultas mayores. Por otra parte, también pretende abonar a las propuestas teóricas sobre la vulnerabilidad en la bioética, constituyendo un aporte teórico al contexto mexicano actual.

Esta tesis se desarrolla a través de cinco capítulos. En el primer capítulo, se expone un contexto histórico de la ética, la política y la vulnerabilidad como un panorama en el que,

a través del tiempo, se han considerado o rechazado ciertos ideales sobre cómo se debe vivir, la responsabilidad de los propios actos y de cómo lo colectivo y lo político pueden dar sentido al bien común. También se toma un posicionamiento sobre la bioética y se muestra un panorama de los cuatro paradigmas que, desde la bioética, han dado respuesta a la vulnerabilidad como un recurso conceptual, procedimental o aspiracional para la ética práctica. Finalmente, se expone el caso de Isidro, con el propósito de evidenciar un caso de una persona adulta mayor y del acceso a los servicios de salud durante la pandemia. Se analiza su situación desde distintos niveles para entender la vulnerabilidad, pasando de la vulnerabilidad existencial hasta la deficiencia institucional.

El segundo capítulo, expone un contexto general de los fundamentos de las políticas públicas y su orientación al bien común como hilo conductor entre lo político y lo ético. También se describen las dos políticas de análisis de la presente investigación y algunos argumentos que las apoyan o que son críticas de ellas. Dicho capítulo pretende posicionar el análisis en el nivel colectivo y las políticas públicas, donde la responsabilidad hace énfasis en las instituciones y el gobierno en turno. Por último, se evidencian algunos vínculos entre la pandemia, la vulnerabilidad, las políticas públicas y el bien común.

En el tercer y cuarto capítulo, se exponen los marcos contextuales de las personas adultas mayores: sociodemográfico, salud-enfermedad, jurídico y cultural, para dar cuenta de ciertos datos poblacionales en México, pero también sobre cómo han vivido antes y durante la pandemia, y con qué estructuras materiales, sociales y jurídicas cuentan para poder ser resilientes o empoderadas. También se identifican las amenazas, los riesgos, las resiliencias y, si de lo anterior se pueden decantar, las vulnerabilidades enfocadas en las personas adultas mayores.

En el quinto capítulo, se presenta la solidaridad como respuesta a las vulnerabilidades identificadas en las personas adultas mayores -o a las próximas generaciones de este grupo etario-: se revisan las propuestas de algunos autores sobre la solidaridad, se expone una propuesta y su aplicación con las políticas públicas objeto de análisis. El último punto desarrolla el enfoque bioético de vulnerabilidad a las políticas públicas enfocadas a las personas adultas mayores en México y algunos puntos de discusión que se desprenden de toda la investigación.

## Capítulo 1

### La vulnerabilidad

#### 1.1 Contexto histórico de la ética, la política y la vulnerabilidad

El sentido etimológico de la vulnerabilidad deriva del latín *vulnus*, que se refiere a la herida (Rodríguez, 1998). La herida puede ser consumada o no, en primera instancia se habla del vulnerado, mientras que la posibilidad de la herida refiere al vulnerable. Llama la atención que en cada caso se pone en juego quién o quiénes son responsables y cómo se responde a la herida.

A partir del sentido etimológico de la vulnerabilidad se deduce que ésta puede quedar en el ámbito de la ética personal, pero también puede expandir su alcance a lo familiar, lo social y lo gubernamental. Es así que se abre la posibilidad de que lo ético y lo político se engarzen de manera exponencial en la medida que cada organización posterior es mucho mayor en tamaño que la anterior. Inferencia que en el presente capítulo tiene como uno de sus objetivos justificar cómo a través del tiempo los ideales sobre cómo se debe vivir y la responsabilidad de los actos deben permear las tomas de decisiones gubernamentales.

El límite entre la posibilidad de ser herido y la herida consumada es un tema con cierto rango de incertidumbre en cuanto a responsabilidad en su intervención. Por ejemplo, ¿cómo atender la vulnerabilidad del abandono familiar hacia el adulto mayor? ¿Con políticas públicas que promuevan el valor social de los adultos mayores? ¿O será mejor promover condiciones de vida para que el propio adulto mayor pueda elegir su red de apoyo (familiar, social), generando en libertad su soporte emocional? A estas preguntas se darán algunas posibles respuestas en el desarrollo de la investigación.

La noción de vulnerabilidad comienza a dibujarse en el imaginario social a partir del Medioevo (Martucelli, 2017), sin embargo, se puede identificar ciertos antecedentes de su vínculo con la ética y la política desde la Antigüedad.

El contexto histórico de la ética, la política y la vulnerabilidad se logra rastrear en cuatro grandes paradigmas: 1) la Antigüedad, 2) el Medioevo, 3) la Modernidad y 4) la actualidad

o época contemporánea. Su revisión ayuda a dar un rastreo histórico sobre como vincula hasta llegar a la sociedad contemporánea, incluyendo su incorporación a la bioética:

- 1) En la Antigüedad de occidente, con Sócrates hay un cambio de paradigma sobre las preguntas filosóficas, pasando de la *physis* al hombre, esto es, a preguntarse por la esencia del hombre. Una de sus tesis asume que la búsqueda de la verdad lleva al conocimiento del bien y, por tanto, a llevar una vida buena en cada hombre, mientras que, en términos sociales, una polis educada (con conocimiento del bien) produce buenos ciudadanos. Reale y Antiseri (1998) exponen un contexto histórico de cómo la ética y la política fueron una forma de vida ciudadana:

Para los griegos el hombre llegó a coincidir con el ciudadano mismo. Así, el Estado se convirtió en el horizonte ético del hombre griego [...] los ciudadanos sintieron los fines del Estado como sus propios fines, el bien del Estado como su propio bien, la grandeza del Estado como la propia grandeza y la libertad del Estado como la propia libertad. (p. 29)

En esta época se pueden identificar conceptos clave que dieron un soporte a la moral de su época: “lo bueno” constituía aquellas acciones en favor de la propia comunidad, y la virtud (*areté*) consistía en que las personas desarrollaran plenamente sus capacidades; siendo ellos notablemente sobresalientes, el servicio que prestaran a la comunidad sería excelente (*aristós*). (Cortina y Martínez, 2001, p. 53).

En lo que respecta a la vulnerabilidad, cuando se revisa la literatura griega, está marcada la idea de la exaltación por la libertad, donde el destino de los hombres debería estar inmortalizado a través de la gloria. La aspiración por la gloria opacó la vivencia de la tragedia como elemento de exaltación, aunque como es conocido, la tragedia tenía un lugar de consideración en las artes como el teatro, sin embargo, éste se consideraba secundario como elemento de exaltación social. La vulnerabilidad, la herida que podía ser reflejada en la tragedia mostraba un aspecto sumamente humano, pero su juicio moral quedaba a criterio del espectador a través de la catarsis personal, de la empatía hacia el otro, en lo que el público participaba como observador distante, aunque empático.

El interés aleccionador no estuvo propiamente en la vulnerabilidad, sino en la posibilidad de vivir con templanza, ya que el triunfo no dependía netamente de cada persona, puesto que el destino puede intervenir de manera caprichosa; de ahí que se evocara a *Tiqué* como la personificación del destino y la fortuna entre los mortales (De los Ríos, 2016). La ética y la política estaban fuertemente vinculadas en tanto un buen ciudadano era aquel cuya realización ética personal coincidía con su realización política.

Abonando al sentido de la ética y la política en la Antigüedad, Max Weber identificó el modo de hacer política en esta época como “la ética y la política de la convicción”, legitimada por el ideal del buen gobernante con un solo sistema de valores y creencias (Cortina y Martínez, 2001, p. 116; Dieterlen, 1996; Gracia, 2014). La aprobación social se centraba en la gloria de las proezas humanas, en lo bueno en beneficio de la comunidad, mientras que el sentido de vulnerabilidad se expresaba como una falta de *areté*, como una posible consecuencia de los excesos cometidos.

Martucelli (2017), desde la sociología identifica a esta etapa histórica como “semántica excluyente”, donde la vulnerabilidad no tiene un referente ético o político en sentido fuerte. Si bien, la herida es asumida como una condición humana, no contiene una “filosofía de la víctima” (pp. 126-127). Lo que sí puede rastrearse es un antecedente histórico y social de la vulnerabilidad física y moral para los próximos paradigmas históricos.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se infiere que en la Antigüedad se resalta la estrecha relación entre la vida buena individual y el bien social, orientados éstos al desarrollo de las propias capacidades al servicio de la comunidad, de la convicción compartida de los valores y sus creencias individuales. Si bien el sentido de autonomía no era total en tanto había algo de azar que escapaba al *areté*, era el trabajo constante el que demandaba dar lo mejor de sí mismo para su conservación mental y para su legado histórico. La vulnerabilidad era una condición imputable en tanto se ha faltado a la *phronesis* y, por tanto, podía ser meritoria de empatía, pero no de una intervención por resarcir el daño.

En la Antigüedad la vulnerabilidad era parte de la condición humana en tanto seres finitos y, al mismo tiempo constituía una condición adquirida, como consecuencia de los propios excesos, aunque también estaba mezclada con la idea mágico-religiosa de la disposición caprichosa de los dioses que no dejaban de intervenir en beneficio o perjuicio de la humanidad, hacia los mortales que eran jerárquicamente inferiores a ellos.

- 2) Siguiendo con la línea del tiempo, el Medievo se gestó del legado de los antiguos griegos sumado al de los romanos y, al expandirse la cultura del cristianismo (tomando elementos del Nuevo Testamento), también se nutrió de la cultura hebrea (Antiguo Testamento). Hubo un mestizaje de legados que terminó construyendo un nuevo paradigma en el Medievo, entre ellos, el hecho de que la aspiración social ya no era el deseo por la gloria, sino de la santidad de los personajes bíblicos (Cortina y Martínez, 2001).

La aspiración política por la excelencia personal y social quedó ensombrecida frente al trabajo individual sobre el cuerpo, cuya finalidad era la exaltación del alma. La vulnerabilidad humana fue un elemento importante de atención; incluso, pudo ser tomado como ejemplo de vida buena pudiendo constatarse no sólo en los escritos canónicos, sino de manera inmediata en el arte, la pintura y la escultura, en las que se dejó ver el gran interés y fuerza de este paradigma. Para Martucelli (2017), esta “semántica moral” careció de función política, pero contuvo un claro corte moral con función redentora:

la vulnerabilidad humana se dota de una pluralidad de sentidos morales: en su origen -el pecado original-, así como en sus manifestaciones ordinarias (pobreza, humildad, dolor, sacrificio). [...] Los humildes, los olvidados, los pobres, los últimos (los que hoy en día se denominan las “víctimas”): es hacia ellos que se dirige, antes que nada, el amor de Dios (p. 127).

La vulnerabilidad era parte de la condición humana (el pecado original) y debía trabajarse en ella, no rechazándola, pero sí soportando las adversidades para generar una expiación que permitiera una limpieza moral del alma en el mundo terrenal. De esta manera, la vulnerabilidad se presentaba como una noción existencial y esencial. También comienza a legitimarse la consideración por los

que están heridos, los vulnerados en el plano terrenal y moral; este paso fue uno de los elementos que justificaron el concepto de vulnerabilidad actual, tanto en su sentido ético como político.

Abonando al sentido histórico, Lydia Feito (2007) distinguió que en el siglo XIV, Pico della Mirandola, Petrarca y Boccaccio ya cuestionaban el teocentrismo, posibilitando la determinación de la propia libertad y, por tanto de la autoconciencia. Estas ideas son gestoras de lo que más tarde sería parte de la idea de dignidad humana, propia de la Modernidad (pp. 9-10).

Un ejemplo claro está en que la ayuda caritativa hacia los pobres y los enfermos dependió durante este periodo, en parte importante, de la buena voluntad de la Iglesia por sus principios de caridad y de amor al prójimo. De acuerdo con Antonio (2012) la Iglesia comenzó a tener peso político, en tanto que los reyes también dieron un soporte jurídico a los mismos a través de las limosnerías o la instauración jurídica de llevar alimentos y atención médica a las cárceles (p. 202).

En el Medievo, la aspiración social abrazó a la vulnerabilidad como condición humana de redención y, por tanto, del encuentro con la vida buena individual. La autonomía se concretaba cuando los hombres seguían la ley de Dios; la heteronomía cuando los hombres seguían la ley de otros hombres, ajena a la ley de Dios. La vulnerabilidad en sus “manifestaciones ordinarias” debía ser trabajada por las propias personas, pero también era objeto de consideración en aquellos más afortunados material y espiritualmente. La ayuda al prójimo, específicamente hacia los vulnerados, movía la voluntad de quienes sabían que debían seguir el ejemplo moral cristiano que iba ganando terreno en el contexto político y social.

- 3) Con el comienzo de la Modernidad, también se generó otro paradigma en la historia de la filosofía moral. El objetivo de la aspiración ya no estaba orientado hacia Dios, sino que se volcó hacia el propio hombre: los humanos tenían la propia capacidad para guiarse hacia el bien, hacia el progreso y el dominio de la naturaleza.

Desde la perspectiva de Weber, se abrió paso a “la ética y política del éxito”, que emergió a través de la revolución de Lutero. De la firma del armisticio entre



católicos y protestantes, “surgió el ‘principio de tolerancia’, que acabaría convirtiéndose en un derecho humano, el ‘derecho a la libertad de conciencia’. Frente al viejo monismo axiológico, acabó triunfando el pluralismo” (Gracia refiriendo a Weber, p. 89). Esta brecha encontraría, en Locke, una serie de derechos que tienen que ser salvaguardados por el Estado, y uno de los criterios básicos para lograrlo fue la neutralidad de éste frente a valores religiosos. Sin embargo, esta nueva dinámica fue frenada por propuestas de ciertos valores en los Estados modernos a través de las cartas de derechos humanos, cuyo paradigma en el siglo XX derivaría en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

La ética y la política del éxito abrieron la pauta para una racionalidad estratégica, donde la política gestionó la pluralidad de valores de una sociedad y la búsqueda de los mejores resultados posibles en esas condiciones (Gracia, 2014, p. 91). Obedecer a este tipo de política degeneró en un pragmatismo que para Weber resultaría inmoral. Sin embargo, se le pudo hacer frente a través de la lógica de los sentimientos (simpatía en Hume), que permitió actuar moralmente con los demás, de tal modo que la función del político era actuar con racionalidad y buscar la eficiencia del mayor número con el menor costo. Por lo tanto, presionaría al político a tomar decisiones que podrían ser ineficientes en términos económicos, pero intercedían por frenar los excesos de racionalidad estratégica.

Por su parte, la Declaración de la Independencia (1776) de Estados Unidos de América y la Declaración de los Derechos Humanos del Hombre y del Ciudadano (1789) de Francia constituyeron un ícono en la configuración de las instituciones y las formas de gobierno democráticas, además de inspirar lo que más adelante serían los derechos humanos. Emergieron teorías como el utilitarismo, el kantismo o el empirismo que, junto al ímpetu de su tiempo (revolución científica, expansión del contacto cultural, etc.), se distinguieron por favorecer la conciencia humana e ir separándose del criterio medieval.

El objetivo se centraba en la libertad individual en un sentido material, moral y social, mientras que el lugar de la vulnerabilidad de este contexto se radicalizó

respecto al paradigma anterior, pues era rechazada e indeseable. Martucelli (2017) la identifica como la “semántica voluntarista”, en la que

la sociedad moderna se erige contra el sufrimiento y en favor del bienestar [...] todo sufrimiento, tarde o temprano -a menos que se justifique en pro del advenimiento de una sociedad “mejor”-, es juzgado como “gratuito” e “innecesario” (p. 129).

El sentido de la vulnerabilidad era fuertemente político pero débil en lo moral; por ejemplo, se enaltece la autonomía de los agentes morales y se proponen criterios conmensurables para identificarla: las condiciones de pobreza, la morbilidad o la mortalidad, entre otros. Por otra parte, la apuesta por el bienestar dio un giro a las responsabilidades de los agentes morales: ahora es el propio sujeto el que reconoce su compromiso en la construcción de su propio bienestar y en el despertar ético y político, la vulnerabilidad sólo funge como referente de lo que ya no debe repetirse o fomentarse.

La Modernidad dejó un legado que sentó las bases de la defensa de la libertad individual y, con ella, de la autonomía en un sentido ético y político. La gesta de lo que después terminaría constituyéndose como derechos humanos estableció una guía con miras de universalidad, donde se abrazó el pluralismo moral, cultural, geográfico y económico por parte de los Estados.

El ideal era dotar a las sociedades de condiciones mínimas de vida digna y continuarlas de manera progresiva en beneficio de todos. La posición del político (y en general de la dinámica social) era maximizar los beneficios. Un legado importante de este paradigma fue la expansión de los criterios éticos y políticos. Mientras que en términos éticos el pluralismo moral comenzó a abrazar criterios de aspiración universal, como es la dignidad humana, por otro lado, se evidenció la escasez material<sup>1</sup> respecto a las necesidades o demandas de quienes viven una pluralidad de condiciones materiales y morales. Estas diferencias, que en aspiración eran loables, han generado algunas tensiones que en la época

---

<sup>1</sup> Puede entenderse como recursos materiales, tecnologías e insumos varios para obtener y conservar mejores condiciones de vida.

contemporánea siguen trabajándose para consensuarse o adoptarse de manera exitosa en el entorno actual.

- 4) El último paradigma corresponde a la época actual o contemporánea. A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, los cambios históricos constataron que el progreso, la ciencia y la técnica no eran suficientes para la transformación social esperada, gestándose una propuesta más modesta en cuanto a los alcances de los ideales filosóficos. La llamada “filosofía del lenguaje” se posicionó como un giro necesario al descontento generalizado de los ideales no alcanzados por los modernos. En la Ética surge la “metaética”, que se centra en el significado y la justificación de los juicios morales. El paradigma dominante ya no se centra en la Naturaleza, en Dios o la conciencia, ahora es el lenguaje el que otorga la oportunidad de hallar un modelo que satisfaga la pregunta al cómo debemos vivir. Weber identifica el surgimiento de “la ética y política de la responsabilidad” después de la Primera Guerra Mundial, en parte, motivado por el descontento generalizado sobre el sistema positivista, dejando claro que debían seguirse otras rutas de actuación a las históricamente implementadas. “El político responsable sabe que se debe a unos principios, pero también que las circunstancias y las consecuencias obligan a veces a hacer excepciones a esos principios” (Gracia, 2014, p. 96). Esta flexibilidad de la actuación del político le exige un constante examen de su propio quehacer.

De acuerdo con la ética y la política de la responsabilidad, en términos éticos, la responsabilidad de las consecuencias recae en el propio agente moral, y en términos sociales y políticos, esta ética tiene el deber de generar ciudadanía. Si bien dicha ciudadanía fue creada en el plano histórico cuando la soberanía pasó del rey al pueblo instaurándose parlamentos democráticos, en términos aplicados, el ciudadano requiere de un proceso de maduración que lo legitime responsable, autónomo.

Estructuralmente, hay elementos que contradicen la formación del ciudadano a través de la sumisión, porque la obediencia heterónoma desdibuja la responsabilidad, mientras que la autonomía puede consentir y acatar, pero bajo el tamiz de ser responsable de las consecuencias que el ciudadano consideró

correctas al tomar sus decisiones. Por otra parte, en la historia de vida, todos comenzamos heterónomos (obedeciendo a los padres o tutores), y al madurar podemos adquirir la autonomía:

La función de la ética en una sociedad no es más que ésta, promover la madurez moral de las personas, ayudar a que sean algo más autónomas, a que decidan y actúen con mayor responsabilidad. Sólo así lograremos tener ciudadanos, los únicos sujetos adecuados de una auténtica política que esté a la altura de lo que debe ser una sociedad verdaderamente humana [...] El mal radical está en la heteronomía, la falta de responsabilidad, el intento de descargar la responsabilidad propia en algo o alguien ajeno [...] El trabajo básico, el trabajo de la ética ha de llevarse a cabo en la sociedad. Los políticos lo que tienen que construir [son] leyes a partir de los sistemas de valores de una sociedad y aplicarlas. Dime qué valores tiene una sociedad y te diré que leyes hace un Parlamento (Gracia, 2014, pp. 100-101).

La ética y la política de la responsabilidad, se presenta como una vía que puede ayudar a fundamentar la relación entre la ética y la política en la presente investigación: los valores sociales se expresan a través de la opinión pública que los políticos operativizan a través del marco jurídico y de las políticas públicas.

Una línea conductual (que se explica a detalle en el capítulo 2) para entender de manera global la relación entre el Estado, la política y la ética es que muchos Estados se consolidan como “liberales” (Bobbio, 1986) lo que conlleva una apertura en cuanto a la responsabilidad de mejorar las condiciones de vida de sus poblaciones. Entre las estrategias a implementar, están las llamadas “políticas públicas” usadas para el beneficio de aquellas poblaciones que enfrentan problemáticas que no pueden resolver por ellas mismas. Se distinguen actores sociales como el Estado y la sociedad que, aunados al individuo, hacen una triada de interlocutores que generan un paradigma de corresponsabilidad y que, con el paso del tiempo, van adquiriendo implicaciones más profundas en el juego de roles. Así la ética de la responsabilidad aboga por ciudadanos autónomos que, en caso de equivocarse en la toma de decisiones, puedan asumir su compromiso en el tema.

Respecto a la vulnerabilidad en relación con la ética y la política, Martucelli (2017) propone la “semántica performativa” como una toma de conciencia de la vulnerabilidad que, en tanto es vivida, produce la necesidad de hacer justicia, esto es, el vulnerado se reconoce como tal y hace notar “la necesidad de ‘cuidar’, ‘acompañar’, ‘reparar’, los daños’ [y que el Estado pueda atender desde la] gestión de riesgos” (p. 130).

La vulnerabilidad se consolida como tema político, social e individual de dominio público, lo cual hace común su uso, pero también entrafía problemáticas varias: el abuso de ésta para fines políticos-electorales, la estigmatización de aquellos que son parte de los grupos históricamente considerados vulnerables y una superficialidad del concepto por la que éste puede perder su valía como referente de atención académica, social y política.

De acuerdo a lo expuesto en los cuatro grandes paradigmas del contexto histórico de la ética, la política y la vulnerabilidad, puede inferirse que la época contemporánea tiene características propias, pero también conserva rasgos de los paradigmas anteriores.

Respecto a la Antigüedad, coinciden en la aspiración del ideal de lo bueno como valor que coincida tanto en lo individual como con lo colectivo, lo cual va engarzado con la confianza de que la educación de la sociedad inclinará las particularidades en un ideal común del bien. Del Medievo se conserva la consideración política de la vulnerabilidad y la iniciativa social por atender a los vulnerados, y de la Modernidad, el ideal de la libertad individual y de la pluralidad contextual y, al mismo tiempo, una ética y política de la eficiencia, pero mediada por la dignidad humana como freno a los excesos. La vulnerabilidad constituye así un término modélico cuya aspiración es su disminución o eliminación. Por último, en el paradigma contemporáneo, hallan puntos de intersección en la búsqueda de mejorar las condiciones de las sociedades plurales y de contar con mecanismos más sofisticados de estructura e implementación para lograrlo. De este modo, puede darse cuenta de leyes, políticas públicas, gobiernos preponderantemente liberales e incluso de éticas que procuran no solo el bienestar social e individual, sino que también atienden a la vulnerabilidad como parte de la responsabilidad individual y social y como tema de justicia social y bioético.

En esta época es cuando con más fuerza se engarza lo ético con lo político, y también los conceptos juegan un papel vital para la identificación de los problemas y las propuestas de análisis y solución. El ideal del actuar del político es que pueda mediar entre el “deber ser” y “el ser”, entre operativizar “el ser” propio de la pluralidad social, identificar sus valores y poder representarlos en el sistema gubernamental que cristaliza el “deber ser”, promoviendo y protegiendo la dignidad humana como criterio toral de las sociedades que aspiran a un bien común y a una individualidad educada y consciente de lo que puede aportar y quitar a sus prójimos y a su entorno.

## **1.2 La bioética**

La Ética o filosofía moral, como una antigua rama de la Filosofía, analiza las costumbres morales, a través de teorías, principios y valores morales abstrae el “deber ser” para su posible aplicación en los distintos modos de la vida social. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX, cobró gran fuerza un malestar social por el desfase entre la norma moral y su aplicación, esto es, entre las teorías, los principios, los valores morales y la incertidumbre de su aplicación práctica (consecuencias). Por tanto, hubo un gran interés por atender y responder a cuestiones morales más allá de la especulación netamente filosófica, surgiendo así las llamadas “éticas aplicadas”.

Las propuestas sobre cómo entender la bioética (también conocida como ética aplicada) son diversas (Escribar, 2004; Lolas, 2000; Beauchamp y Childress, 2011; Potter, 1970, 1971; Cortina y Martínez, 2001) por mencionar algunos. No es pretensión de este trabajo aludir al contexto histórico de la bioética, sino mencionar algunas aristas que den sentido al porqué de esta investigación.

Respecto a la diferenciación entre la ética y la bioética, pueden hacerse algunas acotaciones. La bioética tiene fundamentos filosóficos, pero no constituye propiamente una filosofía moral, ya que su principal objetivo no es proponer un modelo de reflexión de la moralidad, sino principios y valores compartidos con los que pueda aplicarse un método de resolución de conflictos a los problemas morales en los distintos ámbitos de nuestras sociedades.

De lo anterior, se genera la pregunta ¿por qué un tema de vulnerabilidad en políticas públicas sería un asunto de reflexión bioética? Al respecto, Lolás (2000) puede aterrizar un escenario explicativo:

La dicotomía que la bioética intenta superar es la del Bios, entendido no como vida a secas, sino como vida humana (esto es, antropología) y ética, en su doble acepción de carácter o disposición moral (*ethos*) y costumbre o hábito (*éthos*), sin descuidar su acepción ontológica y no moral, como lo propio, lo íntimo, lo hogareño. Vida de la ética y ética de la vida son, pues, dos aspectos que el término connota y, si bien ha adquirido un carácter esencialmente instrumental en la cultura que le dio origen (la estadounidense), todavía hay mucho que ‘da que pensar’ en la combinación de estos vocablos (Mainetti, 1994). Al fin de cuentas, como dice el huevo Humphly Dumpty en ‘Alicia en el país de las Maravillas’, se puede usar el lenguaje para decir lo que uno desea y punto, prerrogativa que desde siempre han empleado los científicos. La *Wortschöpfung* (creación conceptual) es sin duda la faz creativa de la ciencia pues gracias al lenguaje, por él y en él que se instalan los objetos de la ciencia en el ideario social (p. 45).

Entendiendo el bios como vida humana y la ética como hábito o costumbre en las prácticas sociales y políticas, es que éstas pueden ser objeto de análisis bioético. Aún más, el uso de la vulnerabilidad como concepto inserto en las políticas públicas que justifican que el grupo de los adultos mayores sean sujetos de beneficios económicos o priorización en la vacunación ante la pandemia, no es un *éthos* menor, en tanto que se están empleando recursos públicos, por una parte, mientras que, por otra, la salud y vidas de otros grupos etarios están de por medio en las decisiones gubernamentales.

Por ello, nociones como vulnerabilidad merecen ser objeto de análisis bioético, pues como lo señala Lolás (2000):

Especialmente en épocas de “interdisciplinariedad”, las palabras designan los contornos y límites difusos tienen mucho que ganar, reclutan adeptos marginales y limítrofes y, cuando tienen la suerte de ser empuñadas como espadas o

blandidas como estandartes por grupos poderosos de opinión, se convierten en ortodoxia y son fuente de autoridad (p. 46)

En el apartado 1.1, se expone el contexto de la ética, la política y la vulnerabilidad. Sus implicaciones han cambiado con el tiempo, y lo que conservamos de ellas en la época contemporánea es una propuesta que intenta superar las anteriores y abonar a una sociedad más horizontal en sentido ético y político. Y, como ya lo refirió Lolas, habría que prestar atención no solo al contenido, sino también a las formas, ya que si éstas son difusas, pueden generar problemas o un revés a lo que se supone que históricamente se ha podido avanzar en términos éticos y políticos.

La propuesta de Lolas (2000) respecto a la bioética, -perspectiva que también es compartida en la presente investigación-, permite justificar “el diálogo como herramienta” que son referidos en varios apartados de la tesis:

No consiste solo en la aplicación de principios abstractos a situaciones concretas [...] debe concebírsela como un replanteo de los fundamentos que sustentan los juicios de valor en relación con la vida, con el diálogo como herramienta [...] Ya que, en esencia, los principios no dan respuesta por su pertinencia y su aplicación concreta más que constituir una disciplina, lo que debiera esperarse del discurso bioético es proveer las claves para el entendimiento (p. 70).

Por tanto, la pregunta de investigación merece examinarse a nivel conceptual, de tal manera que pueda analizarse la vulnerabilidad como una idea que permea nuestra realidad ética y política.

Se resaltan dos ejes transversales en la investigación: 1) el examen del fundamento de la vulnerabilidad en su relación con la vida en términos sociales (bien común), aplicando una categoría de identificación o diferenciación como fundamento que sustente juicios de valor en relación con la vida de los adultos mayores. 2) El diálogo como herramienta pretende analizar los contextos de los adultos mayores, pero también las pretensiones de bien común como objetivo central del Estado, y podría figurar como uno de los principales retos porque no sólo requiere de información, sino también de una predisposición a la deliberación, por la que se trate de no imponer la propia inclinación



hacia lo que se considera correcto. Una de las evidencias para lograrlo es presentar razones que permitan apoyar o refutar los juicios de valor en relación con la vida por grupos o en sociedad.

En este contexto tiene sentido la pregunta inicial de este capítulo (cf sección 1.1) ¿cómo atender la vulnerabilidad del abandono familiar hacia el adulto mayor? ¿Con políticas públicas que promuevan el valor social de los adultos mayores? ¿O será mejor promover condiciones de vida para que el propio adulto mayor pueda elegir su red de apoyo (familiar o social), generando en libertad su soporte emocional? Aquí podría identificarse el bien común como el principal valor, a partir de la delimitación de amenazas, riesgos, vulnerabilidades y empoderamientos en determinadas circunstancias y fundamentando ciertos juicios de valor en la vida de los adultos mayores<sup>2</sup>.

Un ejemplo especulativo es que el abandono familiar hacia este grupo etario sí requiere de promover su valor social (empoderarse a nivel social como grupo valioso y heterogéneo), pero también considerar que circunstancias como la distancia geográfica pueden ser la principal razón de un alejamiento que, aunado a la necesidad de que todos los miembros de la familia sean económicamente activos, generan una desvinculación no voluntaria intergeneracional<sup>3</sup> (Casado, Rodríguez y Vilà, 2016; Sánchez, 2013; ENASEM; 2020b)

Lo que podría ponerse a dialogar no serían en sí a los individuos, -porque la presente investigación se centra en políticas públicas-, sino las decisiones gubernamentales que se concretan en instituciones como la Secretaría del Bienestar o la Secretaría de Salud. El diálogo como herramienta (Lolas, 2000), podría aplicarse como aquella relación o concordancia entre los problemas públicos de la población de personas adultas mayores y las acciones de gobierno para apostar por el bien común, y así no solo se legitimaría la acción oficial en tanto su ejercicio de poder en su modelo democrático representativo, sino que la sociedad también podría confiar en el Estado de derecho, respondiendo incluso a su insuficiencia y suscitando corresponsabilidad cuando así se decida o así se requiera (cf capítulo 2). Este primer acercamiento es un ejemplo de cómo podría

---

<sup>2</sup> Que será revisado en el resto del capítulo 1, y en los capítulos 2, 3 y 4.

<sup>3</sup> Las posibles aristas presentadas en este ejemplo, serán justificadas en los capítulos 3, 4 y 5.

entenderse la bioética como ética aplicada y, conforme avance la investigación, se irá profundizando en los posibles diálogos éticos.

### **1.3 Propuestas teóricas sobre la vulnerabilidad con perspectiva bioética**

El tema de vulnerabilidad dentro de la bioética está teniendo cada vez más auge académico. Dichas reflexiones se han ido desarrollando casi a la par del nacimiento de la bioética, a finales de la década de los 70. La vulnerabilidad humana es una noción que conviene tenerla presente en la deliberación bioética, porque está vigente no sólo en el lenguaje cotidiano, sino en el académico y el científico, y llega al discurso global.

Las propuestas de justificación bioética de la vulnerabilidad pueden englobarse en cuatro perspectivas: condición circunstancial, condición humana, mixta y latinoamericana. Las posturas constituyen perspectivas de crítica o de exploración de fundamentos que permiten tener una visión global del enfoque bioético, además de ejemplificar una posible relación de justificación con el tema de los adultos mayores.

#### **1.3.1 Vulnerabilidad circunstancial.**

En la literatura bioética, el primer referente obedece a la necesidad de evitar abusos en las experimentaciones médicas con humanos. Es consabido los juicios de Nuremberg hacia los médicos nazis, quienes experimentaron con presos de guerra y población cautiva en condiciones denigrantes. Una consecuencia de dichos juicios fue la elaboración del primer documento internacional en materia de protección a la integridad de las personas sujetas a investigación: el *Código de Nuremberg* (1947).

La vulnerabilidad puede deducirse en este caso como una condición de desventaja en los sujetos de investigación frente al poder de terceros, por lo que fue necesario visibilizar dichas desventajas y marcar límites al proceder de los médicos en cuanto a conductas éticamente aceptables o inaceptables. Así, la primera propuesta de vulnerabilidad fue en el área de investigación con humanos, donde el respeto a la integridad de la persona constituye uno de sus principales aportes.

En documentos como el *Informe Belmont* (1979) y la *Declaración de Helsinki*<sup>4</sup>, son recurrentes las categorías de pobreza, género, edad, condición de salud, etc. como condiciones de identificación de la vulnerabilidad. Si bien entre estas propuestas ha habido matices, con el paso del tiempo ha prevalecido la idea de identificar características específicas.

La propuesta de categorización es más accesible, porque de alguna manera es conmensurable el tipo de riesgo o daño causante de la vulnerabilidad, pero también presenta críticas. Al no diferenciar a los sujetos del grupo catalogado como vulnerable, las distinciones entre ellos no permiten establecer prioridades dentro del grupo. Además, se puede estereotipar a quienes están históricamente incluidos dentro de dicho grupo (Luna, 2015; Solbakk, 2011), reduciendo la posibilidad de reconocer tanto una disminución como una mejora de su situación.

Respecto a los adultos mayores, desde el punto de vista histórico han constituido un grupo vulnerable (circunstancial) en la bioética en tanto es preferible que no participen en investigaciones, a menos que se justifique la necesidad de éstas (Luna, 2015). Por otra parte, el supuesto de que los adultos mayores ya no deben trabajar porque tendrían que dedicar su tiempo al descanso o a disfrutar de sus seres queridos, no prevé que en dicho grupo haya quienes quieran seguir siendo productivos económica y laboralmente, restándoles la posibilidad de un desarrollo económico y social al que tienen derecho como parte de su libertad y proyecto de vida.

Las circunstancias que justifican la vulnerabilidad son variadas y pueden romper con el esquema de nombrar a un grupo en específico (cf apartado 2.2 y 3.1.3). Los cambios de la valoración social por las personas adultas mayores (Acerbi, 2013, García, 2003; Trejo, s.f.) es un ejemplo de ellas.

En México, especialmente en las zonas urbanas, parece haber una fragmentación geográfica, familiar, y, por tanto, la forma en la que se relacionan las familias está dando como resultado una reconfiguración que apuesta por vidas más solitarias y distanciadas (Razo, 2014). Esto no es necesariamente negativo en cuanto que hay personas adultas

---

<sup>4</sup> La primera versión es de 1964, y la última, de 2013.

mayores que han encontrado en esta forma de vida mayor autonomía y tranquilidad, pero también puede dar lugar a la soledad, la tristeza e incluso a la enfermedad por un desequilibrio en la salud mental y en el bienestar de quienes desean la compañía de los seres queridos (cf. Apartado 3.2).

Por tanto, se reconoce que como un primer ejercicio -en tanto no es claro el panorama de la vulnerabilidad-, la vulnerabilidad circunstancial puede ser una herramienta útil para comenzar el análisis de ésta.

### **1.3.2 Vulnerabilidad como condición humana.**

A finales de la década de 1990, un grupo de académicos europeos liderados por Rendtorff y Kemp (2000) propusieron cuatro principios: respeto a la autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad. Uno de sus objetivos era que la vulnerabilidad fuera vista como un principio de condición ontológica (todos somos frágiles, podemos enfermar y nuestra vida es finita), que al ser reconocida como tal también diera paso a un sentido de consideración y protección, de tal manera que pueda desarrollarse el potencial que las personas tienen respecto a sus vidas; esto es, que en un Estado de bienestar (como pueden ser los países europeos) con sociedad plural, se haga un llamado a la solidaridad. Este principio hace frente al de autonomía, que tanto terreno ya había ganado en las deliberaciones promovidas en la bioética norteamericana en situaciones enfocadas a la ética biomédica.

La línea de justificación de la naturaleza humana ha sido una de las más criticadas, sobre todo en cuanto a que se postula como un principio; dicha conceptualización señala que la vulnerabilidad constituye la base de toda ética en tanto es propia de la condición humana. Sin embargo, se corren ciertos riesgos en este supuesto, porque su generalidad le resta fuerza en su obligación moral (si todos somos vulnerables, entonces no hay una atención relevante a la misma), y el contexto donde se desarrolla la vulnerabilidad queda fuera del análisis ético, lo que no permite anticipar áreas de oportunidad que deben tener atención antes de presentarse la vulnerabilidad.

Respecto a los adultos mayores, no constituyen un grupo exclusivo de consideración para este principio, pero sí de inclusión social para procurar su mejora como eje del cuidado

por el otro. En una sociedad plural, donde los adultos mayores se acercan al final de su vida y están ganando en proporción poblacional, en el que además las condiciones de vida no suelen ser alentadoras, el llamado a la solidaridad, producto del principio de vulnerabilidad, tiene como estandarte el atributo biopolítico, no sólo como una invitación al cuidado entre ciudadanos, sino como una corresponsabilidad gubernamental.

Desde una perspectiva bioética, la propuesta de Rendtorff y Kemp (2000) es primera que llama la atención sobre la vulnerabilidad como un tema central, en la que se resalta la finitud humana como condición inmanente. Dicha condición, que es propia de la humanidad, enfatiza a su vez el tema del cuidado en tanto atiende la fragilidad de la vida, la posibilidad del daño e incluso la muerte de los sujetos.

Otro autor en la línea de la vulnerabilidad antropológica es Lydia Feito (2007), que apunta hacia la complejidad del término de la vulnerabilidad resaltando la dimensión antropológica y la social. La vulnerabilidad antropológica es el daño físico, emocional y moral; este último se deriva de situaciones de injusticia, del daño que afecta la identidad de las personas. La vulnerabilidad “es la posibilidad de nuestra extinción, biológica o biográfica, lo que nos amenaza y, por tanto, lo que nos hace frágiles” (p. 9). Por su parte, la dimensión social de la vulnerabilidad es una versión ampliada de la antropológica en tanto asume al individuo en el entorno de sus relaciones sociales.

La autora, desde una perspectiva ética, identifica tres coordenadas constitutivas de la vulnerabilidad: 1) la exposición, refiere a las situaciones en las que el riesgo posibilita una situación de crisis, 2) la capacidad, estima la insuficiencia de recursos para hacer frente a las situaciones de riesgo, 3) la potencialidad, da cuenta de la intensidad de las consecuencias ante la crisis (2007).

Dichas coordenadas permiten identificar con mayor claridad los contextos relacionales sociales y evidencian la posibilidad de modificarlos. Derivando la obligación moral de cuidado, de solidaridad individual y social, como la posibilidad de la intervención gubernamental a través de políticas públicas, programas o acciones en general que prevengan, traten o eliminen esos “espacios de vulnerabilidad” (p. 7), que demanda una

justicia social para mejorar la calidad de vida de los individuos y que, por tanto, también promueva su autonomía.

Para Feito (2007), tener en cuenta la vulnerabilidad no sólo implica identificarla y atenderla como un aspecto inherente y social de las personas, sino también resalta que la vulnerabilidad desde la bioética rescata los sentimientos como importantes recursos para la justicia social: la solidaridad, la empatía, la simpatía y el sentido de comunidad, que abonan a un ejercicio ético de cuidado y responsabilidad individual y social.

Rendtorff y Kemp (2000) y Lydia Feito (2007) apuestan por el reconocimiento de la posibilidad de daño y muerte en los seres humanos. Este constante riesgo evidencia la obligación de una responsabilidad hacia la propia comunidad. No sólo es el “otro” el que puede ser afectado, también yo mismo puedo estar en esa posición y, por eso mismo, se justifica la consideración social de atención y acción por el tema. La línea de justificación en la naturaleza humana da cuenta de una condición individual proyectada a lo social, resaltando así un elemento de interés a las políticas públicas: el bien común.

Los adultos mayores serían sujetos de atención en tanto son más susceptibles al daño, como enfermar, morir o vivir condiciones de abandono; justificando la acción social y gubernamental para identificar y atender a quienes requieren de atención moral y fáctica en sus formas materiales.

Un ejemplo especulativo es que, en tanto hay una proximidad cronológica hacia la muerte (propia y de los contemporáneos etarios), es de esperar que haya una mayor cercanía a pensar, a considerar la finitud humana como algo íntimo, lo que puede despertar sentimientos de alivio, de tristeza, de enojo, de impotencia, etc. Por otra parte, la imagen del cuerpo en su desgaste propio de la edad (ya sea enfermo o lozano) también invita a ver la finitud del cuerpo como algo cercano al manejo que se ha hecho de él a través del tiempo, a los accidentes, a los cuidados que permiten un menor desgaste o incluso a la prevención del dolor y la enfermedad, que puede ser vista como una “factura” corporal en la que a veces también es tocado por la *Tiqué*, por la fortuna que modifica la vida para bien o para mal.

Una política pública mexicana basada en la vulnerabilidad como condición humana, es la cultura del envejecimiento (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

[INAPAM], 2010). Esta es una iniciativa de gran necesidad en cuanto pretende hacer un cambio cultural y jurídico sobre las personas adultas mayores en tanto se ha afectado su dignidad, su integridad ha sido trastocada y se requiere una cierta restauración a la misma.

La política de la cultura del envejecimiento, pretende que a las personas adultas mayores pasen de ser considerados objetos de derecho a sujetos de derecho, además de hacer un cambio en el imaginario social estigmatizante hacia ellos. Lo anterior no es tarea fácil, por lo que las políticas públicas a favor de esta población (focalizadas) y en general (hacia los grupos considerados vulnerables, como son las personas con discapacidad física o mental, las personas en situación de calle o en pobreza extrema) requieren de protecciones que favorezcan su calidad de vida.

Mientras la evocación a los derechos humanos remite a reconocer y proteger los derechos humanos de los adultos mayores (dotados de dignidad, con respeto a su autonomía y protección de sus libertades básicas en su versión ideal), también se trabaja en identificar actitudes que merman dicho ideal y que se pueden encontrar en una visión de continua segregación hacia los adultos mayores, que puede ser enfrentada a través de una cultura en la que se “procure, respete y ame a sus adultos mayores” (INAPAM, 2010, prólogo), donde lo ético y lo político adquieran un sentido de justicia social evocando la solidaridad y la cooperación.

### **1.3.3 Vulnerabilidad mixta.**

Ante los posicionamientos de justificar la vulnerabilidad ontológica y la circunstancial, una tercera vía adopta algunas características de cada postura. En la línea de justificación mixta, se reconoce que las perspectivas anteriores juegan un papel vital en la discusión bioética. La UNESCO (2005) y Solbakk (2011) convergen en la justificación ontológica y de categorías, además de introducir una acción política que permita concretarla.

La DUBDH publicada por la UNESCO, tiene entre sus objetivos “proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética”

(Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2005, art. 2, inciso a).

La aspiración política y social de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) apuesta por una serie de principios que pueda aterrizar las abstracciones teóricas de interés bioético desde los derechos humanos a las realidades inmediatas de las sociedades contemporáneas. La tarea no es sencilla en tanto trata de conciliar los criterios de dignidad humana, diferencias culturales, sociales, económicas, tecno-científicas y ambientales de los que la complejidad de la vida humana va dando cuenta para alcanzar la aspiración de vida digna, de una calidad de vida, pero también ayuda a distinguir aquello que es central de lo que es periférico, así como las condiciones mínimas de respeto y de protección de los seres humanos respecto de lo que es complementario o que incluso puede concebirse como aspiracional para una vida ideal.

El principio de “Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal” encuentra fundamento en el ya conocido lema de la bioética: “no todo lo técnicamente posible es éticamente aceptable o correcto”, estableciendo que hay “individuos y grupos especialmente vulnerables [que] deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos” (UNESCO, 2005, art. 8). Se da por hecho que hay una vulnerabilidad antropológica, pero que se debe atender a las personas o grupos que resulten con una vulnerabilidad agudizada en su contexto social.

Lo anterior evoca la protección de las personas, que incluye una responsabilidad social y gubernamental. En tanto este principio está estrechamente relacionado con la integridad personal, complementándose con lo que podría ser el opuesto de vulnerabilidad (riesgo al daño), la integridad se presenta como lo “no tocado”, como aquel que se conserva como una unidad en su entorno específico.

Este principio constituye una propuesta que aboga por el reconocimiento de la condición ontológica, que a su vez remite a una consideración de igualdad de riesgo en todos los seres humanos y, por otra parte, a las condiciones biológicas y sociales que enmarcan necesidades objetivas en las que los gobiernos pueden intervenir para mejorarlas.



La humanidad tiene un rasgo inmanente de vulnerabilidad, pero pueden realizarse mejoras en las condiciones sociales para que las poblaciones, incluyendo que las personas adultas mayores, puedan desarrollar su ciclo de vida de la mejor manera posible en un contexto global y plural que hace necesaria la solidaridad y la responsabilidad de los actores involucrados.

En un ánimo de hacer sostenible la aspiración de reconocer la vulnerabilidad antropológica, deben atenderse las condiciones sociales que agudizan la vulnerabilidad social, pero al mismo tiempo se sugiere el respeto por la integridad (física, moral y cultural) de las personas o grupos involucrados, a través de las tomas de decisión de gobierno, lo que deja ver la gran empresa que hay enfrente. Esto no se cristaliza al aire, y se invita a que los académicos, hacedores de políticas públicas y la sociedad general puedan entrar en un diálogo que permita concretar de una manera integral y ética las necesidades de los individuos y las sociedades (UNESCO, 2005).

Aunado a lo anterior, se encuentra el acelerado auge de los derechos humanos a nivel internacional -del cual México ha formado parte desde sus inicios-, en el que se pueden identificar una serie de documentos que de manera indirecta a todos los seres humanos y directa a los adultos mayores (a partir de 1982, con la *Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*), han dado cuenta de la condición de desventaja que puede vivir este grupo etario.

Algunas propuestas también dan el paso fáctico para disminuir o eliminar la vulnerabilidad por medio de aportes teóricos o por indicaciones prácticas, con la idea de que, ante la consolidación de este concepto, se adquiera un sentido teórico y fáctico en beneficio de la humanidad. En otros términos, se trata de abogar por el respeto a la vida de las personas y por la responsabilidad y la solidaridad de no dejarlas en situaciones donde podría afectarse su dignidad.

Solbakk (2011) analiza la relevancia de la DUBDH, resaltando que la Declaración es pionera en tres aspectos internacionales: es un instrumento que vincula la bioética y los derechos humanos, es un mecanismo normativo sobre normas bioéticas mundiales y aspira a la implementación de políticas mundiales con base en principios bioéticos. Lo

anterior constituye un paso importante en tanto sienta las bases para teorizar y para evocar la voluntad de los Estados con razonamientos bioéticos y fundamentaciones desde los derechos humanos.

En lo que respecta al artículo 8 sobre la vulnerabilidad y la integridad personal, se aboga por la protección de los vulnerables y, al mismo tiempo, se alude al respeto por la integridad a través del enfoque mixto antes revisado. Tratar de conciliar la perspectiva circunstancial con la ontológica (aun teniendo en cuenta sus críticas) no constituye una visión simplista, sino que sitúa ciertas jerarquías en la identificación y campo de acción de la vulnerabilidad en tanto concepto de gran interés teórico y necesidad de cristalizar medidas efectivas para mejorar la vida de las personas.

En el ánimo de hacer una distinción entre las formas de justificación de la vulnerabilidad en la bioética, Solbakk (2011) expone 3 perspectivas: 1) la restrictiva o minimalista, que consiste en agrupar a los vulnerables según sus características o circunstancias; 2) la visión amplia, que evoca el sentido ontológico de la finitud existencial de los humanos e, incluso, de los seres vivos en general, y 3) las posturas alternativas como aquellas “concepciones de menor inmutabilidad y mayor sensibilidad con respecto a las consideraciones contextuales” (p. 93), en la que se rescata la visión microcontextual, esto es, un escenario de relaciones entre personas o grupos definidos, y la visión macrocontextual, como aquella condición ontológica de finitud humana que merece atención, en cuanto expresa una parte universal de los seres humanos.

En la búsqueda por dar una respuesta satisfactoria entre la vulnerabilidad macrocontextual y la microcontextual, Solbakk (2011) resalta la aportación de Kottow, que propone un nivel de protección en cada visión de vulnerabilidad. En la perspectiva macro se identifica una protección basada en los derechos humanos, donde el Estado pueda garantizar libertades básicas al ciudadano que permitan un orden social justo, mientras que en la micro se requiere de acciones que favorezcan a aquellos vulnerados cuyas libertades básicas no cuentan con protección, con el objetivo de llevarlos a un estado de vulnerabilidad intacta o restaurada.

Solbakk (2011) muestra una lectura crítica sobre la relevancia y utilidad de la DUBDH, además de algunos éxitos y comentarios sobre los posicionamientos de su justificación en su versión dualista: entre lo inmanente y lo contingente, entre lo universal y lo particular. El autor resalta que las “posturas alternativas” o “última generación de concepciones de vulnerabilidad” es un punto de atención importante, porque muestra cierta conciliación entre el dualismo a través de una visión jerárquica de atención a la vulnerabilidad en potencia y en acción y, entre particulares y generales.

Un ejemplo de una acción gubernamental acorde a esta línea es el *Programa para el Bienestar de los Adultos Mayores*, su objetivo es “mejorar la situación de protección social de toda la población adulta mayor de 65 años o más de edad, a través de apoyos económicos” (Secretaría de Bienestar, 2021, Objetivo General). Además, en caso de fallecimiento se da un apoyo económico por mil 925 pesos al adulto auxiliar beneficiario. Se deduce que dicho apoyo es útil en los gastos funerarios, lo que representa una consideración por la finitud humana en este grupo etario.

El requisito básico para ingresar al programa es tener la edad cronológica de 65 años y más. En tanto éste es universal, no se restringe a la precariedad económica, sino que se toma en cuenta el esfuerzo que dicha población ha tenido en el desarrollo del país, por lo que se pretende contribuir a su bienestar con un recurso económico del que pueda hacer uso como mejor le convenga. Es uno de los programas más exitosos en cuanto a cobertura desde hace tres sexenios, está implementándose con amplia aceptación social y, como se verá en el siguiente capítulo, será objeto de análisis en tanto su pertinencia como política pública que atiende la vulnerabilidad de las personas adultas mayores en México.

#### **1.3.4 Vulnerabilidad latinoamericana.**

La propuesta de una bioética regional está teniendo un creciente interés en tanto atiende problemáticas de acuerdo con sus circunstancias planteando respuestas asequibles a la realidad y posibilidades de la zona geográfica. Cuhna y Garrafa (2016) y Luna (2008, 2011, 2015 y 2021) caracterizan a este paradigma.

Cuhna y Garrafa (2016) examinan el enfoque de vulnerabilidad en cinco territorios y concluyen que es una vía adecuada para la bioética global, siempre y cuando se dé en un proceso de continuo diálogo:

- i. En el territorio de Estados Unidos de América se aboga por una vulnerabilidad en relación con el principio de autonomía en lo referente a la incapacidad de los sujetos para la toma de decisiones, como son los casos de la experimentación con los seres humanos o el consentimiento informado.
- ii. La bioética en Europa se diferencia de la estadounidense porque atiende otro sentido de la misma, como es el principio de vulnerabilidad propio de una condición ontológica, es decir, que es parte de su propia existencia (la finitud, la angustia, el dolor, etc.).
- iii. En Latinoamérica, se resalta la acotación de Mainetti sobre la bioética en tanto que se distancia del análisis académico y la caracteriza más en su sentido político. Es así que los problemas bioéticos están inmersos en el entorno y las relaciones de poder.

Otro punto importante es la diferenciación entre el vulnerable y el vulnerado, y entre pasar la línea del potencial daño al daño en acto. Por ejemplo, señalan la propuesta de Kottow donde la vulnerabilidad circunstancial sea nombrada como “susceptibilidad”, esto es, “como una situación de producción social que amenaza a ciertos grupos, lo que justifica la acción protectora del Estado” (2016, p. 201), donde lo ético y lo político encuentran una mancuerna adecuada para atender las problemáticas sociales.

- iv. Respecto a la bioética en África y Asia, se abraza una perspectiva tradicional. En África, se sigue la bioética estadounidense, aunque también retoma algunas características propias, como son algunas formas de medicina tradicional y valores, por ejemplo, la tradición yoruba<sup>5</sup>. No hay propiamente una propuesta de vulnerabilidad, pero sí una inclinación a que el planteamiento de la DUBDH, como

---

<sup>5</sup> “La religión de ocha/ifá es mejor conocida en América como “santería”, la cual tiene sus raíces en África, en la actual Nigeria, y más específicamente en las tribus yoruba, aun cuando se encuentran mezclas de otras etnias” (Gámez, p. 49).

un instrumento ético-político, pueda tomar en cuenta el entorno social y tradicional de dicha zona.

- v. Por último, en Asia hay posicionamientos que abogan por una bioética asiática y otros que la refutan. Lo que puede resaltarse es la importancia del papel de la familia en las tomas de decisiones, además de que Asia es origen de importantes culturas y religiones que enmarcan sus valores predominantes.

Cuhna y Garrafa se inclinan por la propuesta mixta de la DUBDH, enfatizando la importancia de ver a la vulnerabilidad como un principio que se ajuste a las condiciones regionales o locales, en un proceso de diálogo y revisión constante.

Por su parte, Florencia Luna (2008 y 2011) hace una propuesta teórica de la vulnerabilidad a través de la identificación de capas o estratos que permitan una visión compleja y contextualizada. En el 2015, agregó a su enfoque un análisis descriptivo sobre los adultos mayores y las políticas públicas. El análisis es muy cercano a la presente investigación y, por tanto, es de especial interés su revisión y consecuente aplicación en su arista más amplia.

El concepto de vulnerabilidad es “dúctil y relacional,” pero al mismo tiempo se sostiene en dos planos de discusión: el ético-teórico y el ético-político, unidos de tal modo que al resolver el primero, el segundo adquiere sentido y justificación. La propuesta de Luna consiste en un concepto “dinámico y contextual”, de tal manera que identifica capas de vulnerabilidad que pueden estar operando de manera individual o conjunta.

Los planos de discusión se distinguen de la siguiente manera: por una parte, el ético-teórico permite explorar la dimensión teórica o conceptual, con lo que es posible decantar un planteamiento diferente al ontológico o circunstancial; por otro, el plano ético-político se centra en examinar si es necesario proteger a ciertas poblaciones y la pertinencia de usar el concepto de vulnerabilidad en el ámbito de los protocolos de investigación.

Luna (2015) identifica una problemática teórica y otra práctica en el tema de las personas adultas mayores:

- La primera hace tomar cierta distancia de la vulnerabilidad de etiqueta, subrayando dos de sus críticas más recurrentes, 1) asumir que las personas adultas mayores son vulnerables, puede estigmatizarlos, y 2) no permite dar cuenta de la pluralidad de problemas en esta población.
- La problemática práctica consiste en que los adultos mayores, especialmente en Latinoamérica, están en un fuerte incremento poblacional, con escasos recursos que hagan frente a la situación de su atención física, mental y material.

El resultado es una visión compleja entre capas de vulnerabilidad en la vejez, que abre la posibilidad de repensar el concepto y dotarlo de sentido (en qué consiste y cómo opera).

La vulnerabilidad en las políticas públicas se ha presentado en su mayor parte en temas de ética de la investigación y salud pública. Sin embargo, a través de la propuesta de Luna, se puede dar un giro hacia la identificación de diferentes capas de vulnerabilidad, para generar estrategias que puedan disminuir o eliminarlas, además de permitir un empoderamiento y protección de los vulnerables, sin perder de vista la complejidad del entorno donde se desarrollan.

Las capas de vulnerabilidad para las personas adultas mayores (2015) se distinguen en: económica (involucra su exclusión del sistema productivo); jurídica (donde la burocracia propia de este ámbito puede afectar su vida como es el caso de los juicios para actualizar la pensión) y; social (consiste en la falta de una respuesta rápida del sistema para atender las necesidades estructurales para que las personas adultas mayores vivan dignamente). Estas capas de vulnerabilidad dan como resultado un sistema injusto en tanto no atiende de manera pertinente las necesidades redistributivas de esta población.

También se identifica la vulnerabilidad cultural (afín a la idiosincrasia de la cultura occidental, en la que hay una actitud de aislar a las personas adultas mayores en la vida cotidiana<sup>6</sup>); vincular (se refiere a una falta de red de apoyo en cuanto a alojamiento y acompañamiento por parte de la familia, lo que deriva en un sentido de soledad y

---

<sup>6</sup> Situación que tomaría distancia respecto a la cultura en Asia, que tiene en gran estima a la familia en las tomas de decisiones.

abandono); emocional (a través de la violencia física y emocional), cognitiva (expresada en enfermedades o alteraciones mentales que pueden agudizarse en su etapa etaria) y; la asociada a la pérdida de autonomía física (limitaciones de movilidad y los riesgos que de ellas derivan, que se acentúa por una arquitectura que restringe o bloquea la movilidad en casa y fuera de ella).

A esta serie de capas se le puede hacer frente a través de políticas públicas que de manera focalizada atiendan las necesidades de la población. Sin embargo, resolver el problema puede necesitar algo más que una acción gubernamental específica, también requiere de la voluntad social e individual de las personas adultas mayores. Por ello, Luna concluye que ante

una multiplicidad de capas de vulnerabilidad que se potencian [...] tiene mucha más riqueza pensar en las diferentes capas de vulnerabilidad que operan y cómo se deberían minimizar. Así, si se requieren implementar políticas públicas adecuadas, lo primero que se debe hacer es poder identificar las capas de vulnerabilidad para luego diseñar políticas públicas que traten de erradicarlas, si se trabaja de esta manera, se abren múltiples dimensiones y políticas que es necesario abordar (2015, p. 73).

La propuesta de la autora constituye un lente que, desde una visión latinoamericana, pretende ser una vía de respaldo teórico y de aplicación a los problemas sociales complejos. Lo anterior constituye un marco que debe ser concretado en los entornos específicos, por lo que el concepto “dúctil y relacional”, además de útil para el diseño de las políticas públicas, debe ser examinado de manera puntual.

Recientemente, Luna (2021) publicó un artículo sobre la vulnerabilidad en la actual pandemia. A su ya referida propuesta del concepto de vulnerabilidad, agregó la identificación y priorización de vulnerabilidades. Por ejemplo, la política pública de confinamiento que pretende frenar la cantidad de contagios parece útil y eficiente, pero ¿qué pasa si se pierde el trabajo? Pueden faltar los recursos para las necesidades básicas como la alimentación, desencadenándose deficiencias en la salud física y mental.

Al ser un concepto dinámico y relacional, la vulnerabilidad se posiciona como un concepto en estrecha relación con las circunstancias, además, es disposicional, es decir, se refiere a la posibilidad de daño. Justo esto es lo que hay que identificar, pues cuando los sujetos o poblaciones han sido dañados, ha sido consumada esa posibilidad de hacer algo en beneficio de los demás.

Otro aspecto de la característica disposicional son las “condiciones-estímulo” (2021), que están presentes y funcionan como expansoras, como potenciadoras de dicha vulnerabilidad. Por otra parte, el “efecto cascada”, es toral para la atención de las vulnerabilidades. En el caso de las políticas públicas, el efecto cascada podría servir para identificar cuáles estrategias, programas, etc. tendrían que priorizarse de manera práctica, pero también en el diseño de éstas, en cuanto a que el concepto de vulnerabilidad, entendido bajo esta perspectiva, podría mejorar la distinción de la dinámica de los grupos vulnerables y sus necesidades, para paliarlas o eliminarlas.

Ante la inferencia de que “los adultos mayores son vulnerables”, la autora (2015) indica que, esas condiciones pueden darse en países desarrollados con poblaciones envejecidas en las que incide la vulnerabilidad de una manera más lineal o anticipada, pero que, en regiones como la nuestra, pueden emerger vulnerabilidades que evoquen una mayor priorización o atención sobre otras vulnerabilidades, por tanto, el concepto dinámico, relacional y disposicional entraría en acción para el diseño y la implementación de políticas públicas adecuadas.

Hay una crítica hacia la DUBDH que es importante destacar. Luna (2011) publica una respuesta a Solbakk respecto a su interpretación de las capas de vulnerabilidad. Más allá de las precisiones teóricas, coincide en que la Declaración marcó un hito histórico en cuanto a que es una iniciativa internacional para demarcar prioridades en el respeto de la dignidad humana en el terreno de la bioética, basada en principios que pudieran cristalizarse en iniciativas gubernamentales que permitan no sólo evocar la parte teórica, sino atender con políticas públicas dicho respeto a la dignidad. A través de los diversos principios que se interrelacionan, la idea es brindar un marco ético-político por el que ideas como la vulnerabilidad y la integridad personal puedan tener fuerza de concreción. Sin embargo, la Declaración requiere del impulso ético-teórico para poder cumplir de



manera amplia con dicho objetivo; es así que el sentido ético-teórico se muestra importante y hace mancuerna con lo ético-político. En suma, DUBDH es un buen avance en el objetivo del respeto por la dignidad humana, pero incompleto en cuanto su concreción.

Como ya fue referido en el apartado de Antecedentes, uno de los giros que tuvo la presente investigación fue tomar como eje teórico la propuesta de Luna, en especial por la afinidad de analizar la vulnerabilidad, políticas y personas adultas mayores. Durante el desarrollo de la tesis, uno de los objetivos era evidenciar las capas de vulnerabilidad en los contextos de los adultos mayores en México (capítulos 3 y 4). Sin embargo, la categoría de vulnerabilidad construida (cf apartado 1.4) y su consecuente concreción en capas de vulnerabilidad, se prestó más a la ambigüedad que a la claridad.

En el Apéndice 1, puede cotejarse los resultados de las capas de vulnerabilidad, respecto a las vulnerabilidades identificadas en las tablas 4, 8, 13 y 15 que fueron las definitivas para continuar con el análisis de la pregunta de investigación. En ese sentido, puede sostenerse que la concreción de las capas de vulnerabilidad no fue factible en esta investigación, sin embargo en su propuesta de los planos de discusión ético-teórico y ético-político (cf apartado 5.4) fueron importantes para la justificación teórica de la priorización en políticas públicas en los contextos de los adultos mayores en México.

Concluyendo con este apartado, los significados de la vulnerabilidad, desde la perspectiva bioética de los autores revisados, muestran distintos grados de atención y diferentes sentidos de la vulnerabilidad humana, pero hay algunas generalidades que merecen atención. Ya sea por condiciones circunstanciales, antropológicas, mixtas o contextuales, en la vida humana puede evidenciarse un sentido de ventaja-desventaja frente al otro, lo que puede provocar sentimientos de caridad, reciprocidad, solidaridad y cooperación.

Esto significa, en otros términos, que cuando nos identificamos en ventaja ante el otro, pueden despertarse sentimientos por ayudar a salir de dicha situación a aquel que no soy yo, pero que me interesa que salga de su daño, ya sea en potencia o consumado. Puedo sentirme motivado a la acción a través de un voluntariado, a aportar dinero a alguna

fundación, a dar consuelo a quien ha perdido a un ser querido, a ayudar a restablecer la salud física o mental de alguien más, etc.

Algunos podrían considerar estas acciones supererogatorias, mientras que otros podrían centrarlas como parte del compromiso social que nos debemos como ciudadanos responsables e, incluso, proyectarlas a un futuro que todavía no es certero, pero que al tener la posibilidad de mejorar o de amortiguar el menoscabo en el presente, se hacen acreedoras de un deber moral replicable hacia las generaciones futuras.

## **1.4 La categoría bioética vulnerabilidad**

La raíz etimológica de la vulnerabilidad y las propuestas teóricas con perspectiva bioética, son parte importante pero no acabada para justificar el posicionamiento de la categoría bioética en la presente investigación. En el presente apartado se exponen los elementos que configuran la propuesta inicial de la categoría de vulnerabilidad: qué es, cuál es su relación con la amenaza y el riesgo, cuáles son las posibilidades de superación, finalmente se establecen los niveles de análisis que puedan dar claridad sobre cómo delimitar los entornos a los que uno se acerca en la búsqueda de aterrizar las discusiones ética-teórica y ética-política.

### **1.4.1 Qué es la vulnerabilidad.**

La vulnerabilidad es un concepto éticamente útil y pertinente (Luna, 2008, 2011, 2015, 2021). Su panorama histórico permite conocer un horizonte sobre cómo ha influido en el imaginario social, y las propuestas bioéticas del mismo pueden dar cuenta de la justificación y procedimientos para su uso en los análisis de casos o en la aplicación en contextos que pueden ayudar a mejorar la vida humana.

En términos generales, la vulnerabilidad revela que una parte de un sistema puede ser afectado en su integridad (Tarasco, 2015, p. 106). En la vulnerabilidad humana, la exposición al daño puede ser física o emocional (Feito, 2007, p. 9). Dicha afectación suele evocar conceptos como los de amenaza y riesgo, que participan en apoyar la viabilidad de un enfoque de vulnerabilidad o que evidencian concepciones que pueden explicar la misma situación sin necesidad de usar la de la vulnerabilidad. Otro de los usos de la idea

de vulnerabilidad puede ser retórico, en un sentido de eufemismo, con la intención de aminorar su impacto negativo.

En la presente investigación, especialmente en el campo de las políticas públicas, usar la vulnerabilidad como moneda de cambio para llamar la atención sobre una gran cantidad de necesidades sociales, puede tener un efecto contrario al deseado en cuanto puede llegar a ser confuso, al no generar un contenido de valor social y político. Por tanto, la pesquisa de la vulnerabilidad pretende generar una mayor claridad categorial, para que esto a su vez repercuta en cómo pensarla en el contexto de las personas adultas mayores.

#### **1.4.2 La relación amenaza-riesgo-vulnerabilidad.**

Dicha relación permite hacer una disección de las condiciones previas a la vulnerabilidad. La amenaza es la “probabilidad de que se manifieste un evento natural o provocado, [...] el riesgo es la posibilidad de que una contingencia entrañe efectos adversos y pueda causar daño, en tanto que la vulnerabilidad es la causa residual que le sucede a la experiencia de enfrentar situaciones de riesgo” (Osorio, 2017, p. 6). Esta concatenación de condiciones para que se genere la vulnerabilidad, permite hacer una diferenciación de situaciones o circunstancias que anticipen el daño o que justifiquen su atención.

Una manera de explicar la relación amenaza-riesgo-vulnerabilidad puede ejemplificarse con la gestación de la pandemia. A inicios del 2020, la OMS advirtió a los países de la amenaza de un nuevo virus dado a conocer por el gobierno de China, que podía extenderse velozmente a nivel internacional por medio de la rápida y constante movilidad de las personas.

En este contexto, el riesgo se expresa en que una persona contagiada por SARSCov2 puede desarrollar un cuadro clínico de gravedad, incluso de muerte (efecto adverso y daño). Por su parte, la vulnerabilidad (causas residuales al riesgo del contagio) podría identificarse en este caso como una afectación que puede ser económica por pérdida del empleo y de ingresos, que a su vez conlleva no poder pagar una vivienda, servicios básicos, alimentación, enfermedades físicas y mentales, etc.

El riesgo está relacionado con la vulnerabilidad, pero no son equivalentes; incluso, hay contextos en los que puede emplearse el concepto de riesgo sin evocar el de vulnerabilidad. Por ejemplo, todos estamos en riesgo del contagio, pero éste puede consumarse en un caso asintomático, en la generación de anticuerpos que impidan el desarrollo de la enfermedad, en un caso leve que permita continuar con la vida cotidiana, etc. Por su parte, también el riesgo social, emocional, económico, etc. puede evidenciar amenaza, sin consumarse en estados de vulnerabilidad (Villa y Martínez, 2022).

### **1.4.3 Posibilidades de superación.**

La propuesta de Feito (2007) engarza la vulnerabilidad antropológica y la circunstancial, poniendo énfasis en la primera y enlazando un hilo conductor al entorno o “espacios de vulnerabilidad” (p. 7), lo que permite el ejercicio de un cambio en la vida de las personas al invitar a la acción: “de ahí que ésta sea la clave que sustenta la obligación moral de una acción, preventiva, curativa, social, económica o de cualquier otra índole, que pueda minimizar, paliar o evitar estas condiciones favorables al daño, estos espacios de vulnerabilidad” (p. 11). Esta perspectiva ética pasa de lo contextual a un sentido de obligación moral, con la que debe reducirse o eliminarse la vulnerabilidad a través de acciones que evoquen la justicia social o acciones supererogatorias, pero también con acuerdos sociales y jurídicos que plantean mínimos obligatorios ante el riesgo.

Por su parte, Emilio Martínez (2020), en la línea de Feito, reconoce la vulnerabilidad antropológica y contextual, pero además da un peso importante a la voluntariedad de las acciones, lo que resulta en una clasificación de vulnerabilidades circunstanciales de acuerdo con la exposición a los riesgos. La vulnerabilidad contextual o “inseguridad” (p. 83) está sujeta a variables según la persona o grupo, el momento histórico, etc., donde lo común es que la vulnerabilidad se exprese en riesgos externos (en cuanto a los ambientes que ponen en peligro el desarrollo de la vida de las personas) y los riesgos internos (la carencia de capacidades para hacer frente a los peligros).

Martínez propone una fórmula para medir la vulnerabilidad contextual, la Tabla 1 puede dar claridad sobre el papel del riesgo, la amenaza y el empoderamiento o agencia en el concepto de vulnerabilidad con perspectiva ética.

### **Tabla 1**

### *Fórmula de medición de la vulnerabilidad según Emilio Martínez*

---

Vulnerabilidad = Daños o deficiencias acumulados + Nuevas amenazas –  
Empoderamiento

---

$$(V = DD + NNAA - E)$$

---

Nota. Adaptado de Martínez, 2020, p. 85.

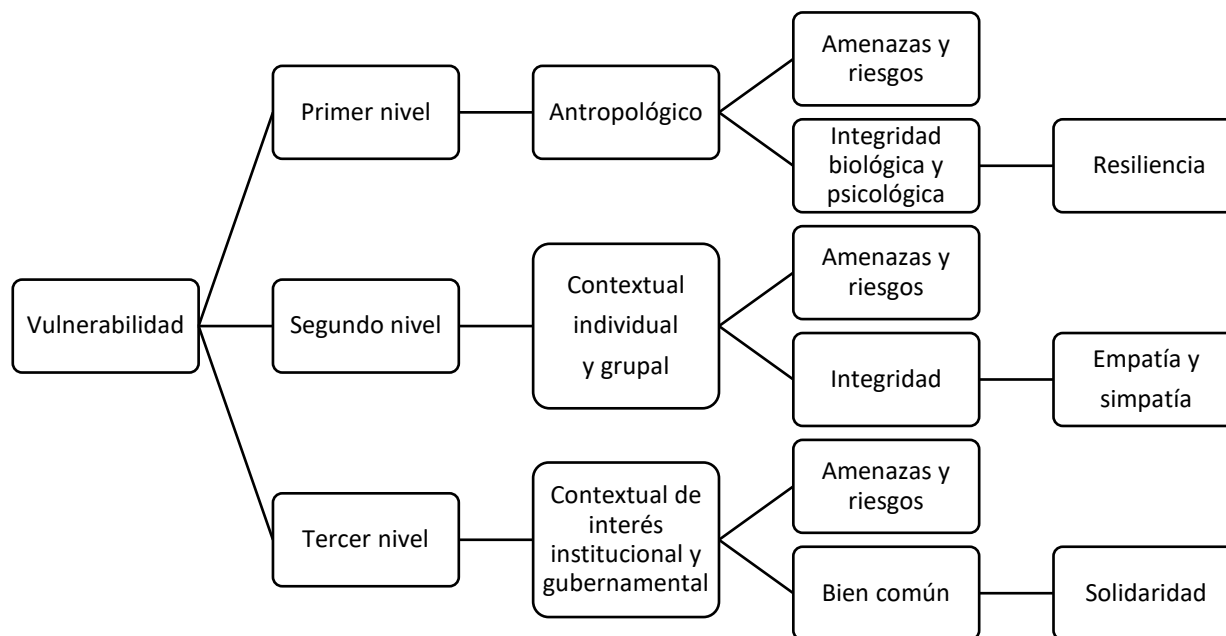
#### **1.4.4 La categoría de vulnerabilidad en sus tres niveles de análisis.**

Con base en lo hasta ahora expuesto en este capítulo, se propondrá una figura que sintetiza los niveles de análisis de la categoría de la vulnerabilidad. La identificación de la amenaza puede dar una valiosa herramienta para anticipar escenarios de exposición al daño, mientras que la valoración de los riesgos permite mantener cierto rango para adelantarse a los daños. El principal objetivo de la anticipación, ya sea en su versión teórica o material, es que el sistema (instituciones o sujetos) puedan configurar cierta protección a su integridad, abonando así a su empoderamiento, entendido este último como aquella capacidad y el ejercicio de hacer frente al potencial y proporcional daño.

En la Figura 1 se presenta una estructura de la relación entre las amenazas, los riesgos y el empoderamiento, resultado del análisis de la presente investigación, se exponen los niveles de análisis de la categoría de la vulnerabilidad.

#### **Figura 1**

*Niveles de análisis de la categoría de vulnerabilidad*



El primer nivel de análisis obedece al contexto antropológico. Refiere al nivel vivencial del propio individuo, en sus dimensiones corporales y psicológicas. La narrativa personal, por una parte, da sentido biológico y biográfico a las amenazas y riesgos, mientras que, por otra parte, también abraza a la constante aspiración de conservar o recuperar su integridad. El ideal sería acercarse a la integridad como una condición de dignidad personal. La “resiliencia” entendida como la capacidad de adaptación ante situaciones adversas (Real Academia Española, definición 1), constituiría una superación a la vulnerabilidad.

El segundo nivel de análisis obedece al contexto individual o grupal como aquellos factores externos que pueden dañarlo. Una característica compartida en ambos niveles de análisis es que el individuo o grupo puede llegar a identificar y actuar en contra de la amenaza-riesgo-vulnerabilidad, logrando: una anticipación a la vulnerabilidad, la solicitud de ayuda o empoderamiento para conservar o recuperar su integridad. Este nivel también comparte la aspiración a la resiliencia y se agregan las actitudes de empatía (identificarse con el otro) y simpatía (inclinación afectiva) como una de las expresiones de la superación de la vulnerabilidad.

El tercer nivel de análisis obedece al contexto institucional y gubernamental. Las amenazas y riesgos en los problemas públicos son reconocidos por estas entidades, las

cuales tienen la responsabilidad de disminuir, regular o eliminar la amenaza-riesgo-vulnerabilidad, fundamentado en el ideal del bien común (Villa y Martínez, 2022) que, entre sus varias aristas, puede justificarse en la idea de solidaridad.

En todos los niveles de la categoría de vulnerabilidad hay un deber moral en el reconocimiento sobre quién o quiénes son responsables a la herida, pero no en todos hay una obligación de responder ante ella, ya que, por una parte, la resiliencia o la superación de la vulnerabilidad puede generarse en el propio sujeto o grupo vulnerable (Villa y Martínez, 2022) y, por otra parte, lo público y lo privado sigue siendo un tema discutido sobre la responsabilidad de la intervención.

En lo que respecta a la generación de empoderamiento, Osorio (2017) explica que pueden generarse estrategias o recursos que conformen “situaciones de ajuste situacional, donde las personas evalúan, negocian y deciden; evidencia también que en situaciones de riesgo las personas compiten por recursos con intereses anticipados, construyen alianzas, generan antagonismos, impugnan y resuelven metas, deseos y destinos” (p. 8). En el caso de las instituciones y gobiernos se podría resaltar ajustes situacionales basados en evidencia científica, en encuestas de opinión, en evaluaciones sobre políticas públicas, entre otros. Este binomio vulnerabilidad-empoderamiento permite identificar espacios de vulnerabilidad donde teóricamente hay pertinencia de valores, libertades y responsabilidades en distintos actores sociales (Martínez, 2020).

Como es evidente, la construcción de la categoría de la vulnerabilidad va adquiriendo una serie de puntos en común, por los que se puede ir dibujando una base que permite una lectura y análisis para aplicar al contexto actual de las personas adultas mayores.

### **1.5 Análisis de la vulnerabilidad en un caso concreto: la historia de Isidro<sup>7</sup>**

En febrero de 2020, Isidro, de 60 años, con ocupación en albañilería, acudió a su centro de salud por malestares, pérdida de peso, vómito y mareos (De Mauleón, 27/01/21). Se le derivó al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición con un posible diagnóstico

---

<sup>7</sup> El siguiente caso fue recuperado de una columna del periodista Héctor de Mauleón en el periódico El Universal a inicios del 2021, en un momento álgido de contagios y muertes por la pandemia.

de tumoración, donde se corroboró una tumoración maligna en riñón izquierdo y lóbulo hepático izquierdo.

Poco tiempo después, el Instituto se reconvirtió a hospital COVID, e Isidro fue referido al Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Ahí le informaron que su cáncer era agresivo y que era necesario operarlo de urgencia; en dos ocasiones, le solicitaron realizarse estudios, pero en la segunda, no fue posible por falta de material para realizarlos en el INCAN. Para junio, Isidro había mermado en su salud, al punto de ingresar a urgencias. Sin tratamiento, bajó 30 kilos, se debilitó al grado de requerir ayuda para caminar, perdió su trabajo y gastó sus ahorros.

Una abogada se ofreció a llevar su caso gratuitamente, mediante un juicio de amparo, se resolvió que las autoridades de la Secretaría de Salud, del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI) y del INCAN debían otorgar la atención médica necesaria. El INCAN y el INSABI declararon como “excesiva e incongruente” (De Mauleón, párr. 9) la resolución.

El INCAN manifestó que algunas de las enfermedades que Isidro padecía — obesidad, diabetes, dislipidemia, etcétera— ‘se derivaban de sus malos hábitos alimenticios’ y eran ‘responsabilidad del paciente y no del Instituto’. El INSABI declaró que no había recibido recursos del gobierno de la ciudad (según acuerdo firmado en febrero de 2020) para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud) (párr. 10 y 11).

El 23 de julio de 2020, Isidro se sometió a la operación requerida, pero posteriormente se le retiró su riñón, tras realizarse uno de los estudios que desde mayo era necesario en su tratamiento. En febrero de 2021, le informaron que su cáncer se había extendido y que ya no era viable un tratamiento oncológico, y le recetaron un medicamento con un costo de 73 mil pesos.

Isidro comenta, al respecto:

Me siento abandonado, humillado. Fui beneficiario del Seguro Popular con una vigencia del 3 de agosto de 2018 al 2 de agosto de 2021. Y ahora el INSABI me



niega el beneficio de gratuidad. Ya no tengo dinero. No puedo trabajar. Me mareo, me he caído tres veces. Mi cerebro está dando vueltas. Muchas noches no duermo, me la paso llorando. Es un infierno, un infierno, pero hay que pasarlo [...] Yo ya solo estoy a lo que Dios diga (párr. 19).

### **1.5.1 Análisis del caso de Isidro.**

El caso anterior será examinado desde los distintos niveles de análisis de la categoría de vulnerabilidad. El objetivo es probar que dichos niveles de análisis tengan sentido y coherencia en la justificación de las implicaciones éticas de un caso real.

Primer nivel de análisis: experiencial. Isidro acude por atención médica de primer nivel con signos y síntomas que merman su salud y la realización de sus actividades cotidianas (amenazas). Como consecuencia de no recibir servicio médico oportuno, se deteriora rápidamente su salud, pierde su trabajo y gasta sus ahorros (riesgos). Como producto de las amenazas y riesgos, se concreta la vulnerabilidad corporal y emocional. Isidro pasó de ser un sujeto vulnerable a ser vulnerado en el nivel antropológico. Las posibilidades ante su enfermedad, sufrimiento y finitud plantean un escenario indeseable y, al mismo tiempo, dibujan una resignación que le ofrece a Dios a través del reconocimiento de su propia finitud. El plano de vulnerabilidad antropológico pone énfasis en la vivencia de la exposición al daño, en este caso, en cómo la integridad de Isidro va siendo afectada al punto de sentir humillación y abandono. Esto se vincula al riesgo de que su cuerpo ceda ante el cáncer terminal, por lo que ahora la biología y la biografía adquieren sentido de extinción inminente.

Segundo nivel de análisis: vulnerabilidad circunstancial desde la individualidad y la colectividad. El daño fisiológico en el cuerpo de Isidro y el desgaste propio de la edad (60 años), aunados a un diagnóstico de cáncer terminal y a no tener un tratamiento de cuidados paliativos (riesgos), evidencia un caso de vulnerabilidad. Su hija constituye una importante red de apoyo para su atención personal, y la abogada, un apoyo jurídico vital para hacer efectivo el derecho de acceso a la salud, pues ella se ofrece a llevar gratuitamente su caso (recurso social de empoderamiento), y mediante un juicio de amparo, puede obtener estudios de laboratorio e intervenciones quirúrgicas urgentes (ejercicio de empoderamiento).

Retomando la fórmula de medición de vulnerabilidad de Martínez (2020), la voluntad le permitió a Isidro un nivel de agencia o empoderamiento que permitió avanzar en su atención médica. Aunque ésta resultó accidentada en lo administrativo y en lo clínico, Isidro pudo completar una serie de condiciones (voluntariedad según Martínez) para continuar su diagnóstico y tratamiento médico. La vulnerabilidad circunstancial individual expone la situación biológica que, según las instituciones remarcan, son resultado de un estilo de vida no saludable, y que se exagera con enfermedades como obesidad, diabetes y dislipidemia. El exponerse voluntariamente a riesgos para la salud y a las amenazas de padecimientos, invita a pensar en la integridad y la vulnerabilidad como criterios sensibles a los comportamientos e, incluso, a las actitudes de los agentes morales.

Tercer nivel de análisis: vulnerabilidad como tema de responsabilidad institucional y gubernamental. La pandemia (amenaza) derivó en riesgos importantes: focalizar recursos económicos, materiales (hospitales) y humanos en la contención y atención de la población. El INSABI declara no tener los recursos para la gratuidad de sus servicios (riesgo) ante el amparo que exige la atención oportuna y gratuita (empoderamiento del usuario). La vulnerabilidad se identifica en la afectación del bien común en la población no beneficiaria de otros servicios de salud como el IMSS, ISSSTE o servicios privados, entendida como el acceso a servicios de salud, suministro de medicamentos e insumos (Gobierno de México, s.f.). La responsabilidad por la vulnerabilidad generada a nivel institucional y gubernamental, no sólo apunta a las implicaciones éticas de afectación a la población, sino a las legales que habría que reclamar, incluso en amenazas como la pandemia por COVID-19.

Isidro expresa sentir malestares físicos incapacitantes, además del abandono y humillación institucional. La enfermedad ya estaba presente, y posiblemente, cierto grado de dolor y malestar eran inevitables, pero fue la respuesta institucional (la derivación tardía, la falta de insumos para los estudios y las cirugías, la reacción institucional ante su amparo, la receta de un medicamento que le es incosteable en su estado de paciente terminal) la que lo está dañando al punto del sufrimiento (en un plano existencial y ontológico en el aspecto de dignidad humana). Por otra parte, la proximidad de la muerte

por una enfermedad terminal y sin tratamiento paliativo durante la pandemia, abonan una característica a su sentir: el dolor y el sufrimiento serán parte del proceso a su muerte.

La pronta extinción biológica de Isidro, cuya biografía está dañada por una serie de eventos evitables (amenaza que se convierte en riesgos biológicos y sociales), expone una vulnerabilidad existencial donde la amenaza de la propia muerte (vulnerabilidad ontológica) se dibuja como pendiente resbaladiza de un testimonio de daño a una vida digna.

Los casos son importantes, pero en las políticas públicas e institucionales, se debe planear, actuar y evaluar más allá de las particularidades, además de generar procesos, programas y mecanismos que, ante los casos concretos, puedan hacer uso de medios institucionales y gubernamentales para evitar los riesgos y daños que deriven en la vulnerabilidad circunstancial macro.

El agente moral también puede estar influenciado por sentimientos que lo llevan a actuar para ayudar, aliviar, mejorar, restaurar o procurar justicia al otro o los otros. La época contemporánea abre la pauta para integrar los sentimientos a los análisis teóricos, o sea, que éstos puedan alimentar las motivaciones y las acciones de los agentes morales, para hacer de este mundo un mejor lugar común para la humanidad. Pero en este punto, cabe preguntarse, ¿qué pasa cuando se trata de motivaciones y acciones gubernamentales? ¿Pueden evocarse los sentimientos para intervenir desde la acción de gobierno en beneficio de quienes se consideran en situación de vulnerabilidad?

## Capítulo 2

### Las políticas públicas

En el primer capítulo se presenta una exploración histórica de la vulnerabilidad humana, la ética y la política; se exponen las propuestas teóricas sobre la vulnerabilidad con perspectiva bioética y se toma un posicionamiento de la categoría de vulnerabilidad; finalmente, se presenta el caso de un adulto mayor y su búsqueda por hacer efectivo su derecho al acceso a la salud en tiempos de pandemia y se analiza a través de los tres niveles de la categoría de vulnerabilidad.

En este capítulo se da cuenta de qué son las políticas públicas y cómo encuentran lugar en el tercer nivel de análisis de la vulnerabilidad, aterrizando en dos de gran auge e interés nacional: el *Programa para el Bienestar de las Personas Adultas mayores* (pensión no contributiva) y la *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2, para la prevención de la COVID-19* (priorización de vacunación).

En orden de exposición, primero se presenta un esquema general sobre el origen y los elementos que conforman las políticas públicas para después explorar algunos espacios de naturaleza ética que hay en ellas. Después, se describen y analizan las políticas públicas elegidas para su análisis: la pensión no contributiva y la priorización de vacunación. La primera tiene pertinencia en un contexto de preservación y consolidación de la política focalizada a las personas adultas mayores; la segunda es pertinente al constituirse como una prioridad social ante una emergencia de salud pública.

Se presenta la oportunidad de reflexión entre lo político (planeación, ejercicio de poder para mejorar las circunstancias de la sociedad y resultados de éstos) y lo teórico (desde una perspectiva ética). Se demuestra el vínculo del bien común, como objetivo del Estado, de la responsabilidad gubernamental, además de dar cuenta de una descripción histórica de cómo el gobierno mexicano ha atendido el tema de las personas adultas mayores, evidenciando las políticas públicas del gobierno actual en este grupo etario y finalmente, se muestran las características de la vulnerabilidad en dicho contexto.

Por lo anterior, se plantea la relevancia de la política, es decir, de aquello que está sucediendo para que las sociedades contemporáneas, como la nuestra, confíen parte de sus libertades a los gobiernos, para que éstos atiendan ciertas problemáticas y trabajen en su resolución o mitigación, procurando que haya un cierto orden, idea de bien y gobernabilidad.

## **2.1 El gobierno y su objetivo por lograr el bienestar de su población: el vínculo entre lo ético y lo político**

El gobierno es el “Estado en acción” (Carrillo citado por INAP, 2002, p. 14), a su vez, el Estado se admite como “la agrupación política específica y territorial de un pueblo con supremo poder jurídico para establecer el bien común” (Arnaiz citada por Noguerón, p. 45).

Las características básicas del Estado son: población, territorio y poder. Uno de sus fines es la protección de los derechos de los individuos que, con miras a una convivencia humana y una organización social, legitima al gobierno a ejercer el poder mediante un sistema que tiene los medios para garantizar que se cumpla dicha protección.

Hobbes apela a una visión clásica sobre el fundamento del ejercicio de poder del Estado, donde los individuos racionales e informados ceden las propias libertades a cambio de protección para la autopreservación, dando como resultado una justificación ética y política del Estado (Naguel, 2004, p. 21). Dicha protección puede tener una justificación distinta a la del egoísmo personal en tanto que procura la equidad y la imparcialidad como condiciones necesarias para una sociedad pacífica que permita dar un paso adelante a la mera autopreservación (Guisan, 1986).

La estructura del Estado mexicano contiene una idea del bien y orden, acorde con las doctrinas internacionales más aceptadas como la teoría de los derechos humanos, por lo que se espera que al promover el bien común, contemple a la población no favorecida, ya que es parte de sus funciones en tanto que detenta el poder.

El gobierno como el “Estado en acción” da cuenta de su naturaleza administrativa y política a través de las instituciones públicas. La administración pública tiene entre sus finalidades, “la perpetuación de la sociedad y [creación de] capacidades de desarrollo de

los elementos que la constituyen” (INAP, 2002, p. 25), el objetivo administrativo es velar por el interés público de manera sostenible a través del tiempo. Por otra parte, en la política, las instituciones públicas deben atender las demandas de la sociedad (necesidades y problemáticas) que a través de la recaudación de impuestos se traducen en servicios o apoyos que los beneficien.

En este sentido, la administración pública cobra gran fuerza al tener entre sus responsabilidades las políticas públicas de acuerdo con el instrumento del gobierno en turno (Plan Nacional de Desarrollo), a través de objetivos (motivos fundamentales), estrategias (acciones para lograr los objetivos) y líneas de acción (concreción para realizar las metas).

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 se expone como “un instrumento para enunciar los problemas nacionales y enumerar las soluciones en una proyección sexenal” (Gobierno de México, 2019, p. 7). En cada sexenio, dicho Plan justifica y planea las prioridades nacionales que tendrán un impacto en su población, por ejemplo, llevando a los individuos a un cierto comportamiento, asumiendo responsabilidades políticas y administrativas.

Las prioridades nacionales y la búsqueda del bien público tienen un fuerte componente ideológico que incluye rasgos de lo que el gobierno en turno considera éticamente correcto, adecuado o bueno. El ejercicio del poder estaría legalizado y legitimado por la población que requiere de instituciones para poder ejecutarlas y darles continuidad adecuadamente.

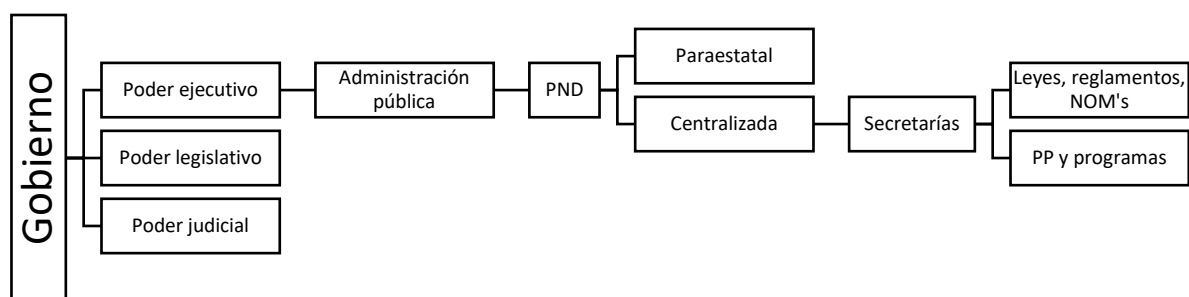
El gobierno ejerce su poder a través de instituciones públicas. Dicho poder procede de las demandas de la sociedad, ya sea a través de conocer sus necesidades y problemáticas sociales (por ejemplo, la situación de pobreza) o a través de la injerencia de sus instituciones (por ejemplo, la educación pública gratuita). El ejercicio de poder del gobierno por medio de las instituciones concreta la relación entre la sociedad y el Estado, por ello, la función del gobierno es actuar en nombre del Estado en beneficio de la sociedad a través de un ejercicio político (conducir o mandar) y un ejercicio administrativo (servir a la comunidad). Este último se define en servicios o apoyos respaldados por el

ejercicio político con el propósito de procurar la convivencia social a través de tres niveles: federal, local y municipal.

Producto de la investigación sobre el gobierno, la Figura 2 se propone como un esquema de cómo el gobierno deriva su poder hasta las políticas públicas.

**Figura 2**

*Organización del gobierno y la administración pública*



Una vez planteadas algunas de las consideraciones que explican qué es el Estado, el gobierno y cómo de este se derivan las políticas públicas, se explora a mayor detalle qué son estas últimas.

La explicación conceptual de las políticas públicas es interesante, tanto que sigue siendo discutido entre los propios especialistas en el tema. La postura que guía la presente investigación apuesta por primero entender su sentido de “política” y de “lo público” para después generar un concepto o idea general.

¿Qué es la política? Roth y Molina (2008) diferencian 3 acepciones

Primero, la política entendida como el ámbito de gobierno y de la sociedad humana (*polity*, en inglés); en la segunda acepción, la política se entiende como la actividad de organización y lucha por el control del poder (*politics*, en inglés); y, en la tercera, la política como propósito y acción de un gobierno expresada en políticas y programas (*policy*, en inglés) (p. 3).

La expectativa donde el Estado responde a las necesidades de sus ciudadanos mediante acciones de gobierno como en las políticas públicas, no deja de plantear incertidumbre.

En tanto que la presente investigación tiene como propósito la viabilidad de un enfoque bioético que tenga pertinencia en políticas públicas vigentes enfocadas a las personas adultas mayores en México, se usará el significado de “política” de la tercera acepción (*policy*); teniendo en cuenta que las políticas públicas hablan de lo “público”, es importante resaltar que lo público se entiende como aquello que es de interés para el colectivo.

Dentro de la gama de intereses del colectivo, como puede ser la población mexicana, los problemas públicos son de gran importancia. Una definición de problema público es “una situación que afecta negativamente el bienestar de la población” (Roth y Molina, 2008, p. 3). Dicha afectación puede ser de tal grado que le sea imposible al sujeto o a los colectivos resolverla por ellos mismos, justificando la intervención del Estado para su solución.

Por su parte, Elder y Cobb (1993) hacen un rastreo epistemológico sobre los problemas públicos:

Definir un problema es seleccionar y destacar ciertas realidades y valoraciones sobre ellas. Tal vez las realidades reflejan los hechos de la situación. Pero los hechos que se consideran relevantes dependen necesariamente del marco de referencia y de las teorías implícitas de las personas que evalúan la situación. Más aún, aunque compartiéramos un marco común de referencia, pocas veces los hechos relevantes son plenamente conocidos o conocibles. Frecuentemente hay que utilizar inferencias, presuposiciones y hasta imaginación, para formarnos una idea de ellos (p. 91).

Por lo tanto, la definición de un problema público tiene implicaciones de alcance moral y ético. Por consiguiente, hay un margen probable de que se les considere en la agenda gubernamental (p. 94).

Se espera que las políticas públicas -a través de su diseño, fundamentación y constante evaluación- puedan atender temas de interés público, entre ellos, problemas públicos que procuren la calidad de vida de su población, así como la atención de los problemas en sus diferentes grados de afectación cualitativa y cuantitativa, que no sólo responden a



una atención administrativa y política, sino también de aquellos cuya atención ética es fundamental en cuanto la responsabilidad gubernamental para generar el bienestar de su población.

Cuando un problema público toma la atención del gobierno a través de su tratamiento en la agenda gubernamental, ésta entra en el terreno del derecho y, por consiguiente, queda velar por su cumplimiento atendiendo su naturaleza coercitiva, de otro modo, habría que reevaluar la viabilidad de la política pública.

Los conceptos: bien, bienestar y responsabilidad, aterrizan en lo público (y lo privado), en las necesidades, en las problemáticas y en una constante transformación social que de manera ideal busca un mejor lugar para vivir en el presente y en el futuro.

Una vez teniendo un posicionamiento de la política, lo público y los problemas públicos; puede plantearse una respuesta sobre qué son las políticas públicas. Los expertos en el tema han generado diversas respuestas por lo que se propondrá una noción propia de la misma: son una respuesta del Estado ante problemas (en potencia o en acto) de su población que necesitan resolverse o disminuir su impacto negativo. Dicha respuesta se refleja en decisiones o acciones que contribuyan al bien común hacia grupos focalizados o de la población en general. Esta respuesta del Estado ante los problemas de su población (ya sean materiales, económicos, culturales o sociales) requiere de una organización estructural adecuada.

Aun teniendo un posicionamiento sobre qué son las políticas públicas, su origen puede ser multicausal. Elder y Cobb (1993) identifican dos vertientes, aquellos que son rigurosamente planificadas y estructuradas y las difusas en la formación de la agenda o modelo “bote de basura” (pp. 81-101). Por su parte, Ruelas y Gay (2008) señalan tres perspectivas

Un proceso lineal e incremental en la que ésta se va gestando paulatinamente desde un “agente originador” que la impulsa y avanza en la medida de lo posible. Otra, como un proceso de interacción pública entre legisladores, funcionarios públicos, grupos de interés, población en general, a través del cual se logra un acuerdo de intereses y balances de poder. Otra más, como un

proceso dialéctico resultante de conflictos permanentes que se confrontan para llegar a una conclusión, posiblemente temporal (p. 345).

Bajo este esquema, las políticas públicas deben atender problemas de la población (ya sean materiales, económicos, culturales o sociales) a través de acciones y programas planificados. Sin embargo, los motivos de su surgimiento pueden estar promovidos más por fines políticos -o *politics*- que por la atención a las demandas de la sociedad; esto es, que el surgimiento de las políticas públicas pueden estar promovidos más por fines partidistas o mediáticos que por la atención a los problemas públicos. Ante ello, podría tener como consecuencia una desvirtuación ética de dicha política pública, aunque pueda conservar su valía administrativa y política. De ahí la importancia de la revisión del contexto histórico de su surgimiento y evolución en el tiempo para ir rastreando los fines últimos de dichas políticas.

Las políticas públicas mexicanas enfocadas en las personas adultas mayores están estrechamente relacionadas con las ideologías políticas de cada gobierno. Tras casi 40 años de haber comenzado con un modelo liberal, las políticas y programas cada vez más focalizadas en ciertos grupos son más frecuentes. Este panorama no constituye un escenario negativo en tanto que no se generen los excesos propios del político y que la heteronomía ciudadana no arrastre con la “ética y política de la responsabilidad” que Weber enunciaba a inicios del siglo XX.

El partido político que es proporcionalmente mayoritario en el gobierno mexicano es el Movimiento de Regeneración Nacional (MORENA) que tiene entre sus objetivos terminar con el régimen anterior y construir la “Cuarta transformación”, esto es, que pretende posicionar su gobierno como un momento clave en la historia de México. De MORENA resalta su crítica al “régimen neoliberal” cuyo poder económico y político ha derivado en lo que califica hechos de “opresión, corrupción y privilegios” (MORENA, declaración de principios, p. 1).

El gobierno publicó y distribuyó entre la población dos documentos controversiales: la *Cartilla moral* (2019) y la *Guía ética para la transformación de México* (2020) que, desde

el discurso del presidente, pretenden generar discusión y reflexiones para proponer una mejor sociedad mexicana.

Cabe destacar algunos puntos sobre estos documentos. La Cartilla moral, se trata de la reimpresión adaptada de la Cartilla moral de Alfonso Reyes creada en 1944, cuyo objetivo de origen era ser distribuida a la población como parte del plan de alfabetización (casi la mitad de la población en México era analfabeta en ese entonces). Se imprimió en 1952 y tuvo posteriores ediciones. Respecto a la Guía ética, es un documento con 20 principios éticos que pretenden conducirse en “contra de la degradación moral” (Gobierno de México, 2020a, p. 5); se presenta como una “nueva ética humanista y solidaria” (p. 5).

En la presentación de la Guía ética en la conferencia matutina presidencial, el presidente del país declaró:

Este documento, adelanto, se va a imprimir en una cantidad considerable porque se le va a hacer llegar a ocho millones de adultos mayores, esto ya lo habíamos planteado, para que sean los adultos mayores los que de manera voluntaria, en sus tiempos libres, puedan, si así lo desean, si están en condiciones de hacerlo, transmitir y analizar con sus hijos, con sus nietos, lo que se dice en esta guía, los preceptos que se dan a conocer para fortalecer nuestros valores (Presidencia de la República, 2020).

¿Será que la Guía ética puede contribuir de manera formal (ética) para una nueva o mejor moral que impulse una ciudadanía responsable como lo invocaba Weber a principios del siglo XX? ¿Las personas adultas mayores tienen el rol social de guiar la moral familiar? Un análisis filosófico sobre varios escenarios del actual gobierno puede consultarse en Ensayos filosóficos sobre la cuarta transformación de México (2021), en su primer capítulo se analiza la Guía ética y evidencia algunas inconsistencias filosóficas, por ejemplo, que no se hace una distinción entre la moral y la ética o, que el actual gobierno está en contra del capitalismo pero que, asimismo, invita a los capitalistas actuar con moderación (Vargas, 2021). Por otra parte, no hubo un seguimiento gubernamental o mediático sobre el impacto de la Guía ética en la sociedad y si las personas adultas mayores tuvieron interés de analizarla.

A casi cuatro años de haber tomado posesión del poder ejecutivo y haber tenido mayoría en el poder legislativo (en la Cámara de Diputados y de Senadores), se han realizado reformas en una gran cantidad de temas sociales, económicos, políticos y culturales.

En el caso de las personas adultas mayores, ha sido uno de los grupos favorecidos en cuanto a la obligatoriedad y al incremento monetario de incentivos económicos (pensión no contributiva), acción que ha tenido una gran aprobación social como tema estandarte de interés público. Al respecto, Elder y Cobb (1993) al pensar en la formación de la agenda y las personas adultas mayores en Estados Unidos de América evidencian el cuestionamiento hacia los conceptos de “envejecimiento y ancianidad” (p. 80), que en su contexto se traduciría en la controversia sobre

el significado operacional de la vejez [...], a saber, el empleo de la edad y no de la necesidad como criterio de asignación de derechos [...] y la idea de que es más coherente encontrar el apoyo político invocando los beneficios del derecho que las situaciones de necesidad [...] En este punto son objeto de discusión no sólo creencias empíricas sino concepciones de la obligación moral (pp. 80-81).

Por lo tanto, el vínculo entre lo ético y lo político hunde sus raíces en los objetivos para lograr el bienestar de su población, en los criterios para asignar los recursos, en el entendimiento de la justicia social inmersa en la ideología política del gobierno en turno y el marco jurídico que lo respalde.

## **2.2 Breve descripción histórica sobre cómo el gobierno ha atendido el tema de la atención hacia los adultos mayores**

El cambio de esquema de desarrollo a finales del siglo XX<sup>8</sup> en Latinoamérica se traduce en cambios de los modelos de las políticas públicas regionales. A principios de los 90 del

---

<sup>8</sup> La ASF tiene una relatoría sobre cómo se ha incorporado el problema de la vejez y el envejecimiento a la agenda pública internacional y nacional. Véase Auditoría Superior de la Federación. Evaluación núm. 1645. pp. 20-26. Sin embargo, para los fines de esta investigación, es más enriquecedora la perspectiva de los autores que se exponen en extenso en este apartado.

siglo pasado hubo importantes cambios del modelo de desarrollo preponderantemente económico.

La apertura hacia el mercado mundial, el retiro del Estado de la actividad productiva y el papel predominante del mercado en la asignación de recursos se convirtieron en los ejes de desarrollo en los países de la región. En el plano macroeconómico, el sector público otorgó prioridad al manejo equilibrado de las cuentas fiscales y al control riguroso de la oferta monetaria. En el plano social, las políticas de atención universal, abrieron paso a focalización de los recursos públicos en los grupos más carenciados y, además, el sector privado extendió sus inversiones hacia la educación, la salud, la previsión social (Pizarro citado por Aranibar, 2001, p. 49).

Este contexto económico y social tuvo implicaciones importantes en la atención hacia los adultos mayores, se hacen explícitas algunas de ellas.

Paula Aranibar (2001) muestra un contexto sociológico sobre la vejez y el envejecimiento en la región. En sus primeras páginas se distingue un juicio ético-político que enlaza las ideas populares y de especialistas con los significados de la vejez.

Las “ideas”, “creencias” e imágenes científicas o populares de la sociedad, los políticos, los especialistas y las personas tienen de los ancianos en un tiempo y espacio determinado, determinarán muchas dimensiones del significado de la vejez y de las acciones destinadas a asegurar y/o incrementar su bienestar (p. 12).

Estos significados de la vejez reflejados en medidas concretas para atender el tema del envejecimiento en las políticas públicas responden a prioridades que entran en un marco acorde con los intereses de quienes toman decisiones. Este juicio también encuentra sentido a través de las principales líneas teóricas sobre la vejez –desde una dimensión de estructura social o de la edad que va desde una disminución de la valoración social a una resiliencia o aspiración de vida – también conocida como la “etapa dorada”.

Las ideas y creencias también se extienden al nivel político, en quienes toman decisiones. Por ejemplo, si un programa social está basado en la idea de que las personas adultas

mayores necesitan una pensión para poder paliar su gasto de bolsillo en salud o mejorar su alimentación, se tiene una noción de necesidad económica generalizada que requiere subsanarse inmediatamente a través de una visión asistencial. Por otra parte, si un programa social está basado en la idea de que deben tener oportunidades de desarrollo integral, entre ellas laborales, se toma desde una perspectiva como sujetos de derechos.

La noción más actual es la perspectiva de derechos hacia las personas adultas mayores; sin embargo, las condiciones límites como el abandono familiar y la falta de redes de apoyo en situaciones de pobreza extrema hace compatible la visión asistencial y, por tanto, de programas que ofrezcan asistencia a ciertas carencias de este grupo etario.

Huenchuan (2016) afirma que la desigualdad en los adultos mayores no ha tenido cambios relevantes. Por su parte, Aranibar (2001) expone que la consideración de los adultos mayores como grupo vulnerable presenta algunas críticas.

Expertos han concluido que el enfoque de la vulnerabilidad aplicado a los adultos mayores no es apropiado en tanto que usar el término de vulnerabilidad hacia este grupo es cuestionable: su generalización en términos conceptuales se presenta restringido y “entraña limitaciones para diseñar políticas públicas en el plano de la equidad social” (Rodríguez citado por Aranibar, p. 37). Esta crítica se da en el mismo sentido que las críticas del concepto bioético de vulnerabilidad circunstancial en tanto que pierde fuerza de atención, en este caso no en el sentido moral, sino que pasa a ser “símbolo de poblaciones de referencias de políticas públicas transectoriales” (Rodríguez citado por Aranibar, p. 37), la segunda crítica es que, al evocar a un grupo en conjunto, no se visibiliza la pluralidad de situaciones que podrían dar lugar a una atención sectorizada.

El interés por la atención a las personas adultas mayores en México ha ido cambiando en el tiempo. Siguiendo a Razo (2014), desde tiempos precolombinos hasta mediados del siglo XIX, la construcción social de la condición de las personas adultas mayores tuvo posicionamientos contrastantes.

La vejez se estimaba como una situación individual (positiva o negativa según el caso particular) y en situaciones extremas de desamparo eran las instituciones religiosas por medio de los preceptos de caridad y filantropía quienes respondían a este grupo social.

Con la creación de la Beneficencia Pública en 1861, los ayuntamientos y las instituciones religiosas unieron esfuerzos para atender a grupos necesitados. Durante el Porfiriato aparece por primera vez la atención del Estado mexicano hacia la población de adultos mayores, considerado como un grupo “dependiente” -al igual que los menores de edad y las personas con discapacidad-, estuvo a cargo de la Beneficencia Pública cuyas funciones fueron concretándose en “una responsabilidad del Estado Mexicano que va más allá de lo social y llega a lo ético” (Razo, p. 80). Con el surgimiento de la Secretaría de Salud y Asistencia en 1943 se institucionalizaron los servicios asistenciales en materia de salud, pero es hasta 1977, con la creación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), que se incluyó como grupo de asistencia social a los adultos mayores en situación de desamparo, incapacidad y marginación (Razo, 2014); a la fecha, la Ley de Asistencia Social (artículo 4°) tiene un esquema muy similar sobre quiénes tienen derecho a la asistencia social como grupo vulnerable.

Como puede notarse, la atención de los adultos mayores pasó del ámbito privado al público en una ruta social de atención al necesitado en situaciones especialmente precarias; después pasó a ser un tema de atención gubernamental como parte de la responsabilidad administrativa y del auxilio por aquella población que no cuentan con redes de apoyo o que físicamente están incapacitados para afrontar mínimamente su situación individual. Parece que la responsabilidad ética del Estado toma las situaciones extremas o indignas como problema público de atención inmediata, brindando un lugar donde vivir y proveyendo su alimentación como parte de las necesidades básicas de atención.

Por otra parte, los cambios sociodemográficos y políticos permiten establecer una ruta de seguimiento complementaria a lo anteriormente expuesto. Durante el siglo XX (una menor mortalidad a temprana edad y una mayor esperanza de vida) se produjo un envejecimiento demográfico relevante en los años 70 (más del 5%). A finales de esa década hubo organizaciones civiles que pusieron el tema del envejecimiento como foco de atención social. Ema Godoy impulsó una asociación civil dedicada al envejecimiento y un programa de radio que tuvo el suficiente eco como para que el gobierno en turno - con un perfil de promoción de políticas de asistencia social- integrara el tema a su agenda

y que, por decreto presidencial, creara el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) en 1979 como parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. El INSEN fue la primera política pública enfocada al adulto mayor; su población objetivo fueron los ciudadanos mexicanos a partir de 60 años. Bajo los enfoques de pobreza e integración social, esta política de asistencia social implementó instrumentos con la finalidad de atenuar dichas desventajas estructurales, así como la “cuestión de falta de autonomía de roles” (Razo, p. 82). Después fueron integrando algunas consideraciones técnicas que le dieron mayor fortaleza institucional, sin embargo, el impacto a nivel nacional hacia las personas adultas mayores no fue sustancial.

A principios de los 80 comienza el cambio de modelo de Estado de bienestar a un modelo de Estado neoliberal. Como se podrá inferir, las consecuencias en las políticas públicas y las instituciones sobre envejecimiento fueron directamente impactadas. Vivaldo y Martínez (2012) mencionan un rasgo peligroso entre instituciones: de 1982 a 1983 el SNDIF integró a los adultos mayores como grupo de asistencia, mientras que el INSEN - desde su creación- ya contaba con esa facultad, por tanto, se duplican funciones institucionales (p. 29), situación que sigue vigente. En 1984 la Ley General de Salud integró a la asistencia social como parte de su materia y, a los adultos mayores desamparados como objeto de asistencia.

A mediados de los 90 la política social se enfoca en los grupos más marginados. El cambio demográfico ya representa un tema prioritario en la agenda pública. Dentro de los cambios más importantes se destaca la entrada en vigor de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social de 1997 en sustitución de la Ley de 1973<sup>9</sup>.

En 1999 se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN). Su objetivo se centra en la prevención y control de las morbilidades de mayor padecimiento en los adultos mayores (Secretaría de Salud, 1999, art. 1). Este Comité impulsó varios programas entre los que se destaca el de vacunación a los adultos mayores, la encuesta

---

<sup>9</sup> Un ejemplo paradigmático es el cambio de semanas de cotización para tener derecho a una pensión por jubilación. Pasó de 500 a 1250 semanas. Una reciente legislación hizo un reajuste a 1000 semanas.



“Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE) y, la Semana de Salud para Gente Grande (SSGG).

En el 2000, el cambio de partido político en el gobierno y de administración generó un cambio del INSEN hacia la Secretaría de Desarrollo Social, no obstante, no hubo cambios de fondo. Cabe destacar que la Secretaría de Salud publicó el primer *Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento 2001-2006*. Dicho programa refiere que, para lograr la equidad en el acceso a los servicios de salud, se requiere de la aceptación y comprensión de las necesidades de las personas adultas mayores y que, para lograrlo, es importante la ética, en tanto que debe erradicarse la discriminación hacia este grupo. A través de conceptos como “envejecimiento exitoso” se pretende mejorar sustancialmente las condiciones de vida de esta población a través de una corresponsabilidad gubernamental -como casas de día- y de los propios implicados - autocuidado por medio de estilos de vida saludable- (Secretaría de Salud, 2001)

En el 2002 hubo dos sucesos nodales: la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y la creación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en sustitución del INSEN. Este cambio nacional también se vio influenciado por las recomendaciones internacionales sobre derechos humanos en las personas adultas mayores. Por esta razón, la idea de la responsabilidad del gobierno cambia la manera de considerar a este grupo etario, esto es, pasa de una actitud de asistencia a considerarlos ciudadanos con derechos exigibles.

El INAPAM es quien dirige la política nacional para las personas adultas mayores, teniendo por objeto “coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella, de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores” (INAPAM, Qué hacemos, párr. 2). Sin embargo, al aplicar las políticas públicas también debe considerarse el factor netamente político. Razo (2014) emite una importante crítica:

la población adulta mayor es un importante capital político para muchos gobernantes, la fuerza discursiva de un político que aboga por la atención a la

vejez, puede atribuirse más que a las necesidades de los ancianos como sector participativo de la sociedad, a la construcción social de las obligaciones del estado para con ellos. Por ello en el discurso político la política pública de vejez está presente desde la conceptualización de los adultos mayores como 'una categoría social distinta, compuesta por personas que en razón de su edad, merecen derechos y consideraciones especiales' (p. 84).

Si se considera el juicio de Razo como elemento de atención sobre el móvil de las políticas públicas, se podría responder cómo es que las necesidades de los adultos mayores no corresponden con x política pública. Así, el paso evolutivo de la actitud asistencial al de ciudadanos de derechos exigibles retrocede en la práctica, pues el factor *politics* impera debido a la conveniencia política con fines partidistas.

La obligación del gobierno adquiere una responsabilidad que ya señalaba Aranibar (2001) -unas páginas atrás-, no sólo se trata de concentrar acciones a favor de este grupo -como podría ser el caso de otorgarles pensiones no contributivas a las personas adultas mayores en situación de pobreza- sino que el gobierno está obligado a considerar a toda su población como sujetos de derecho. Esta diferencia en el discurso constituye un giro de responsabilidades del gobierno y por consiguiente de su planeación y ejecución sobre su mandato.

En 2004 se establece el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), un organismo público descentralizado que tiene entre sus funciones la evaluación de las políticas públicas, así como los criterios de pobreza (CONEVAL, Funciones). Es el referente y evaluador más usado sobre políticas sociales en el país. Actualmente cuenta con dos definiciones de vulnerabilidad en cuanto a la medición de la pobreza:

Vulnerable por carencias sociales: Aquella población que presenta una o más carencias sociales, pero cuyo ingreso es superior a la línea de bienestar.

Vulnerable por Ingresos: Aquella población que no presenta carencias sociales pero cuyo ingreso es inferior o igual a la línea de bienestar (CONEVAL, Glosario).

Estas definiciones de vulnerabilidad del CONEVAL son relevantes porque con el paso del tiempo se consolidan como los conceptos clave en las políticas sociales y de salud del gobierno. Por ejemplo, a través del concepto de “índice de privación social” se establecen seis indicadores asociados a las carencias sociales que puede tener una persona: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a los servicios básicos de la vivienda, y acceso a la alimentación (CONEVAL, Glosario). La idea de “medición” se concreta en un Consejo que adquiere cada vez más fuerza como figura de autoridad conceptual y que debe ser tomado en cuenta por parte de quienes toman decisiones aun cuando puede no estar en concordancia con la opinión pública<sup>10</sup>.

En el PND 2007-2012 (Presidencia de la República, 2007) un tema prioritario fue el de “grupos vulnerables”, el cual contemplaba al envejecimiento. La meta fue lograr la igualdad de oportunidades a partir de distintas estrategias, de las cuales se resaltan tres enfocadas a las personas adultas mayores: 17.3 Apoyo económico bimestral a la población de 70 años y más que vivan en comunidades de alta marginación menores a 2500 habitantes; 17.4 Estímulos fiscales a empresas que empleen adultos mayores y; 17.9 Apoyo alimentario y nutricional a los adultos de 70 años y más en desamparo (pp. 214-218). Estos programas actualmente siguen vigentes, aunque con modificaciones sustanciales. Mientras que el apoyo económico bimestral se universalizó y creció económicamente, los otros dos se redujeron en capacidad de impacto social.

En 2008 se creó por decreto presidencial el Instituto Nacional de Geriátría (INGER), su misión es “promover el envejecimiento saludable mediante la producción de nuevos conocimientos, su difusión y utilización; el desarrollo de recursos humanos y el impulso a la necesaria transformación del Sistema Nacional de Salud” (Instituto Nacional de Geriátría, 2022, Qué hacemos). Cabe resaltar que este Instituto cuenta con una prolífera

---

<sup>10</sup> Un ejemplo de lo anterior puede contextualizarse en el 2017, cuando un miembro del CONEVAL dio una conferencia en Posgrado de Economía (UNAM) en la que comentó que acudían a él desde presidentes municipales hasta gobernadores pidiendo consejo sobre qué temas eran los prioritarios en cuanto impacto social y no sobre necesidades sociales. Este hecho da cuenta del desfase de las necesidades versus el impacto mediático de las políticas públicas. Así, las definiciones podrían ir acompañando la propuesta bioética circunstancial de vulnerabilidad, pues obedecen a factores extrínsecos de los sujetos y se establecen líneas de tolerancia para vivir con cierto decoro, pero también sobre la cantidad de circunstancias que pueden acentuar la precarización de la vida.

publicación de libros, revistas y cursos sobre la atención en el adulto mayor. Dispone de un área de investigación y enseñanza que abona al conocimiento científico de especialistas como al de la población en general, así como a la cultura del envejecimiento con herramientas como son los cursos para cuidadores de personas adultas mayores.

La descripción histórica sobre cómo el gobierno ha atendido el tema de los adultos mayores muestra momentos importantes donde se pasa del ámbito privado al público, yendo de la responsabilidad familiar, pasando por el institucional (Iglesia) y aterrizando en lo gubernamental como consideración de grupos con características específicas de precariedad ante la vida diaria (primer momento). Después pasó a considerar, no solo las precariedades específicas (que quedan como el límite de vida no permisible), sino también aquellas aspiraciones de mejora de la vida y de la protección de la vida digna en tanto que una vida humana podría desarrollarse en su máximo potencial. Por eso, las personas adultas mayores pasaron de ser sujetos de asistencia a sujetos de derechos. La evaluación de la Auditoría Superior de la Federación (ASF), respecto a la evaluación de las políticas públicas de atención a las personas mayores en el periodo 2002-2014, resalta algunas consideraciones importantes sobre este grupo etario:

1) Identifica cómo es que la vejez se configura como un problema público: problemas sociales como la pobreza, la enfermedad, la discapacidad y el aislamiento social; agudizados por dimensiones de desigualdad como la clase social, la etnicidad y el género harían una urdimbre de profundas desventajas (Auditoría Superior de la Federación [AFS], s.f., pp. 17-20). Lo anterior, recuerda a las capas de vulnerabilidad de Luna (2015), donde la identificación de dichos problemas sociales y desigualdades pueden dar claridad teórica para después reflexionar sobre su aplicación ética-política.

2) Identificación de problemas por grupos de análisis:

Tanto en el debate internacional como en el nacional, la problemática que afecta a los adultos mayores ha girado en torno a tres grandes vertientes: los problemas asociados a la percepción que tiene la sociedad sobre los adultos mayores [inmaterial]; los problemas relacionados con las limitaciones para la atención de las necesidades específicas de este grupo poblacional [individuos con derechos],

y los problemas relacionados con el cambio demográfico, en términos de la sostenibilidad en el mediano y largo plazos del sistema de seguridad social [cambio demográfico] (ASF, pp. 24-25).

Al respecto, se analizan en los capítulos 3 y 4 de la presente investigación una diversidad de problemáticas. Entre ellos problemas inmateriales (cf apartado 4.2) cuya implicación ética está en la limitación del ejercicio de sus libertades (ASF, p. 28); sobre todo en la responsabilidad del tercer nivel de análisis de la vulnerabilidad al identificar tres vulnerabilidades en las personas adultas mayores: la vulnerabilidad social (desigualdades sociales), la vulnerabilidad por pobreza (carencia de ingresos y de las capacidades para afrontarla), vulnerabilidad por violencia (maltrato) (s.f., pp. 30-32); sus necesidades como individuos con derechos (transversal a todos los contextos de los próximos dos capítulos) y, cambios demográficos (cf apartado 3.1), aunque también tocará de manera transversal a todos los contextos.

### 3) Pronóstico sobre las políticas públicas en el periodo 2002-2014:

Pese a los distintos posicionamientos en torno al problema público, el Gobierno Federal careció de un diagnóstico integral en el que se determinaran las causas y efectos concretos que presenta este problema; que definiera conceptualmente la noción de vejez, y que cuantificara, identificara y localizara qué población requiere ser atendida mediante las intervenciones gubernamentales. Lo anterior limita el establecimiento de una planeación única que vincule los problemas con las estrategias, y estas últimas a los responsables, y que todo ello derive en acciones con un presupuesto específico (ASF, p. 360).

Este diagnóstico es relevante porque si bien pertenece a administraciones pasadas, como se verá en el siguiente apartado, en la actualidad no se han hecho cambios sustanciales para mejorar o revertir dicha situación.

### 4) Pronóstico sobre las políticas públicas (aplicable a la presente administración por cercanía temporal):

Se prevé que continúe el efecto marginal y no generalizado de la intervención gubernamental para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de este grupo etario y para mejorar sus condiciones de vida; que los miembros de este grupo poblacional continuarán padeciendo de limitaciones para integrarse de manera plena al desarrollo de sus comunidades, así como a la vida política y social del país, y careciendo del reconocimiento y aprecio público y familiar, y que se mantendrá el debilitamiento de la capacidad institucional del Estado para la atención de las personas que alcanzan la vejez y las que próximamente lo harán; así como un escenario de insostenibilidad financiera que se traducirá en el incremento de las condiciones desfavorables en que se transcurrirá por esta etapa de la vida (pp.363-364).

Se hace énfasis en algunos juicios de la ASF en tanto que constituyen la evaluación más completa y actualizada<sup>11</sup> sobre políticas públicas para los adultos mayores. Si bien, las precariedades siguen siendo un tema recurrente y agudizado, también se busca dar un paso más adelante en la idea del bien común y del desarrollo social.

En las políticas vigentes vinculadas al PND 2019-2024 se expondrán los temas prioritarios para la población de adultos mayores y cómo la ideología de partido adquiere forma en las mismas. La historia de las políticas públicas con énfasis en las personas adultas mayores en México permite tener un panorama de las prioridades gubernamentales y del manejo político hacia las personas adultas mayores, de la adherencia a los derechos humanos como ideología imperante a nivel internacional, de la aprobación social de dichos programas.

### **2.3 Políticas públicas actuales enfocadas a las personas adultas mayores**

Como se expone en el capítulo 2.2, el INAPAM es el Instituto que dirige la política nacional enfocada en los adultos mayores; sus programas y acciones recientemente pueden consultarse en su página oficial. La Figura 3 se construyó a partir de la información de la

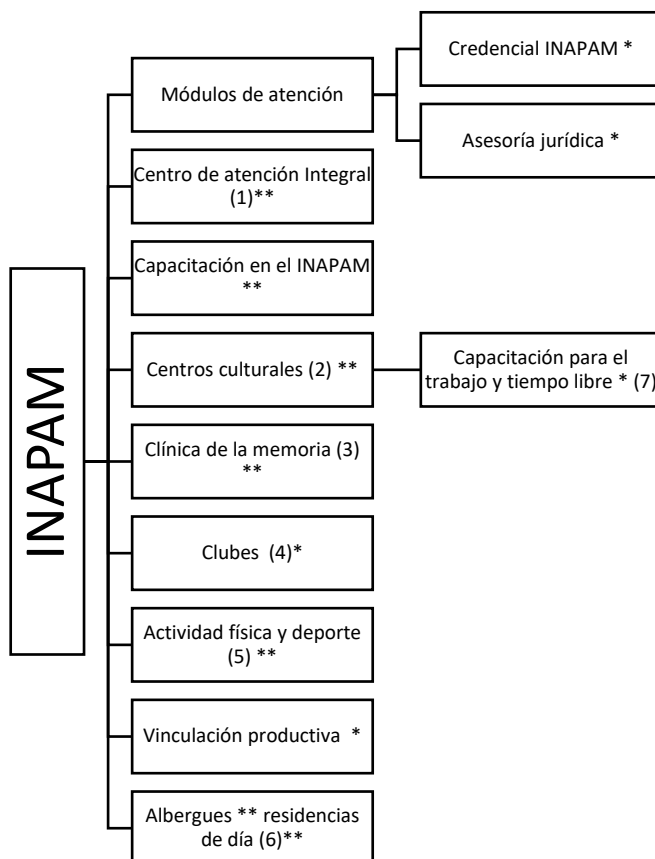
---

<sup>11</sup> Se hizo una revisión al 23 de noviembre de 2021 y no hay actualización por parte de la ASF sobre el tema.

página del INAPAM para hacer explícitas las acciones, los programas y su cobertura nacional.

### Figura 3

*Acciones y programas del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores al 2021*



Fuente: adaptado del INAPAM, 2020 y 2022

Nota. \* Acción o programa con cobertura nacional. \*\* Acción o programa con cobertura local (CDMX).

(1) El Centro de Atención Integral INAPAM brinda servicio de primer nivel con enfoque gerontológico.

(2) “Se ofrecen actividades socioculturales, ocupacionales, artísticas, de activación física y recreativas, orientadas a promover un envejecimiento activo” (INAPAM, 2022, Centros Culturales INAPAM, párr. 1)

(3) “Brinda consulta externa integral para detectar o confirmar los diagnósticos de deterioro cognitivo leve o trastorno neurocognitivo mayor (demencia) de manera oportuna” (INAPAM, 2020, Clínica de la memoria, párr. 1).

(4) Ofrece actividades de formación y desarrollo humano, educativos, culturales, deportivos y sociales.

(5) No se especifica si su alcance es local o nacional, pero al revisar las convocatorias, éstas se ofertan en la CDMX. En el 2018 se registró la última convocatoria en la página del INAPAM.

(6) Cuenta con 5 residencias en CDMX y 1 en Zacatecas.

(7) La página del INAPAM indica que se imparten dentro de los centros culturales, pero que también pueden ofertarse en algunos estados de la República. Las actividades están orientadas a la producción de autoconsumo y pequeña escala.

La Figura 3 hace referencia a la atención de: lo médico, lo recreativo, la asesoría jurídica, la vinculación productiva y las exenciones o descuentos para las personas adultas mayores, de los cuales casi la mitad tiene cobertura nacional. Dicha información ha estado disponible recientemente, la expectativa es que la oferta local se amplíe con el paso del tiempo pues de otra manera, la focalización de actividades en la Ciudad de México reforzaría una desigualdad por ubicación geográfica.

En 2020, el actual gobierno hizo una reforma constitucional al artículo 4° para que los programas sociales federales de asignación económica hacia los jóvenes estudiantes, personas adultas mayores y personas con discapacidad fueran considerados cada año en el presupuesto de egresos federales (Presidencia de la República, 2020).

Dicha reforma constitucional representa para el gobierno de MORENA un acercamiento al Estado de Bienestar -separándose del estado neoliberal-, mientras que, en términos objetivos, para la administración pública plantea un reto presupuestal que en la evaluación de la ASF (s.f.) ya lo preveía aún sin considerar la ampliación del criterio de edad cronológica y el aumento porcentual de la pensión (pp. 359-369). En cualquier caso, la política pública federal enfocada a las personas adultas mayores lo constituye el



programa federal de pensión no contributiva, siendo uno de los estandartes de mayor prestigio gubernamental y mayor aprobación social.

Al hacer una revisión sistemática de las políticas públicas federales que tienen como población objetivo a las personas adultas mayores en México, dio como resultado la elección del programa de pensión no contributiva que desde hace dos décadas se desarrolla con éxito en el país. Dicha política cuenta con Reglas de operación y asignación presupuestaria consolidada.

Se hace énfasis en dos políticas públicas federales que están teniendo un gran impacto en este grupo etario: el *Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores* (Secretaría de Bienestar, 2019) está focalizada la población de adultos mayores; la segunda, la *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2, para la prevención de la COVID-19. Documento rector. Versión 4.0* (Gobierno de México, 2020b) tiene como segundo grupo prioritario a las personas adultas mayores -después del personal de salud en primera línea de atención de la COVID-19-. Ambas políticas tienen un importante impacto en la opinión pública, en la salud pública y en el sentido de justicia social.

Para concluir el presente capítulo, se presenta un breve esquema de la política de pensión no contributiva y la priorización de vacunación para después analizar algunos aspectos éticos que la categoría de la vulnerabilidad juega en el papel estas políticas públicas.

### **2.3.1 Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores.**

Otorga subsidios económicos a las personas mayores de 65 años y más, con una periodicidad bimestral que a partir del 2022 es por la cantidad de 3850 pesos mexicanos; el pago se realiza en una cuenta bancaria a nombre del beneficiario. También se da el pago único de 1925 pesos por concepto de marcha al representante que el titular designa durante el registro inicial (Secretaría de Bienestar, 2019).

#### **2.3.1.1 Justificación a favor del programa de pensión no contributiva.**

El programa está alineado al PND 2019-2024 cuyo propósito es permitir “mejores niveles de bienestar y revertir la situación de desigualdad en México” (Presidencia de la

República, 2019b). El bienestar en su concreción material consiste en la contribución de “un piso mínimo solidario de protección social [a través del subsidio económico, cuya estrategia se fundamenta en el] desarrollo social inclusivo y sostenible para toda la población” (Secretaría de Bienestar, 2021, párr. 24). Que el programa de pensión no contributiva esté alineado al propósito del PND hace necesaria la intervención gubernamental para su atención, por una parte, el bienestar está íntimamente ligado al respeto y condiciones para poder ejercer los derechos humanos, por otra parte, el programa se justifica en tanto que no se cumplan o satisfagan los derechos de este grupo etario.

La justificación concreta gubernamental para evocar mejores niveles de bienestar y revertir la situación de desigualdad radica en señalar las diferencias de trato hacia este grupo etario que pueden acentuar la desigualdad socioeconómica, esto es, “que pueden representarse en ingresos, seguridad social, servicios de salud, participación en la vida política, cultura y recreación, en menoscabo de la dignidad de las personas adultas mayores y tendientes a su invisibilización (Secretaría de Bienestar, 2021, párr. 21-22). Por tanto, la pobreza y la falta de seguridad social constituyen las problemáticas más apremiantes para justificar la necesidad de la asignación económica de tendencia universal.

Relevancia y pertinencia del programa. Si el propósito del programa es incrementar los niveles de bienestar, así como hacer frente a la desigualdad a través de transferencias económicas, el CONEVAL, como el más importante organismo de evaluación social puede ayudar a validar la relevancia de este programa.

Para ahondar en la relación entre bienestar y la protección social, el CONEVAL cuenta con la *Evaluación Estratégica de Protección Social 2018* que emite recomendaciones sobre cómo se podría generar un sistema de protección social universal en el país. Para explicarla, se remite a los riesgos: asociados al acceso a la salud, asociados al trabajo, asociados a la vejez, discapacidad y orfandad, asociados al trabajo en el curso de vida (niñez, adolescentes y jóvenes, adultos y adultos mayores) pudieran derivar en un sistema de protección social hacia: sistema de salud universal, trabajo, pensiones, transferencias monetarias (pensión orfandad y piso mínimo). Así, el “piso mínimo”

constituiría una transferencia monetaria garantizada en el curso de vida (2018). Pensar lo anterior en términos de la pensión no contributiva de tendencia universal, adquiriría sentido como parte del ejercicio efectivo de derechos sociales que hagan frente a los riesgos a corto y largo plazo.

Lo anterior parece tener una coherencia conceptual e institucional, a la cual se hará un acercamiento más minucioso en los capítulos 3 y 4 para corroborar o confrontar la idea de vulnerabilidad como condición de pobreza. Es importante recalcar lo anterior para no perder de vista que la vulnerabilidad desde el CONEVAL justamente se enfoca en las condiciones de pobreza. Por ejemplo, considera los riesgos asociados a la protección social en el curso de vida, de los cuales, la “pérdida de ingreso por vejez” es el riesgo que de manera directa afecta a las personas adultas mayores. Los riesgos que comparten con otros grupos etarios son los asociados al acceso a la salud, al trabajo, por discapacidad y al ingreso (CONEVAL, 2018, p. 37)

La evaluación del CONEVAL en la última ficha disponible de la evaluación del programa de pensión no contributiva en el periodo 2020-2021, resalta que una de las fortalezas del programa fue incrementar el monto de la pensión, así como el aumento de la población potencial al eliminar el criterio de elegibilidad de recibir una pensión menor a 1092 pesos. Por tanto, las fortalezas van en la línea de la contribución al bienestar y a la igualdad de este grupo etario. Las recomendaciones para mejorar el programa se enfocan en incluir números telefónicos, horarios de atención y especificar cómo una persona con discapacidad limitante podría realizar el trámite de afiliación. Al 2020, el programa de pensión no contributiva tuvo un presupuesto de 93 885 90 pesos (CONEVAL, 2021).

Universalidad de la pensión no contributiva. En palabras del Presidente de México, el programa debe ser universal “por su contribución, por lo que han aportado a lo largo de su vida” (Presidencia de la República, 2019a), convirtiéndose en un derecho, teniendo como modelo a seguir el Estado de bienestar que se traduciría en “garantizar la seguridad del ser humano desde que nace hasta que muere, desde la cuna hasta la tumba, es un ideal de justicia social” (Presidencia de la República, 2019a).

Un escenario distinto lo tendrían los Estados liberales que se posicionan en una protección de subsidiaridad, distinguiendo actores sociales como el Estado y la sociedad que, aunados al individuo, hacen una triada de interlocutores que generan un paradigma de corresponsabilidad donde hay una tendencia a que el individuo y la sociedad sean los que proporcionalmente más deben de participar en la atención y resolución de sus problemas.

### **2.3.1.2 Aristas críticas hacia el programa de pensión no contributiva.**

Sentido asistencialista. El apoyo económico es insuficiente y se extraña que programas como los incentivos fiscales para las empresas que tuvieron un impacto en la agencia y empoderamiento de las personas adultas mayores, hayan disminuido y sean un tema menor en la administración actual, evidenciando un fuerte sentido asistencialista y un menor enfoque de derechos humanos como dice abanderarse.

Falta evidencia que avale la pertinencia y viabilidad como política pública. Llama la atención que a finales del 2022 el CONEVAL no cuente con una ficha actualizada de evaluación, que avale la eficacia del programa.

Sesgos en las políticas públicas. Respecto al actuar gubernamental y las políticas públicas para la población de adultos mayores, la ASF puede ayudar a explicar algunos sesgos vigentes: expone una tabla sobre las diferencias de edad en la tipificación cronológica de las personas adultas mayores y su identificación como población objetivo de las políticas públicas.

La diferencia de edad tiene dos implicaciones importantes: de acuerdo con la Ley de las Personas Adultas Mayores, las políticas públicas deben ajustarse al criterio de 60 años y más, lo cual deja un quinquenio pendiente para la actual política de pensión no contributiva; segundo, ante la limitación de recursos públicos, se debe priorizar y focalizar esfuerzos para la atención de las personas adultas mayores en condición de pobreza dividida en: pobreza extrema, pobreza moderada, vulnerabilidad por carencias sociales, vulnerabilidad por ingresos y, sin pobreza y sin vulnerabilidad. (ASF, pp. 179-181).

Desequilibrio en las finanzas públicas. Apostar por las pensiones no contributivas, abona a pensar en la presión fiscal y su beneficio sostenible a través del tiempo (objetivo de las políticas públicas):

el pago de transferencias no contributivas constituye un mecanismo paliativo insuficiente para revertir el ciclo de pauperización y falta de seguridad social que por lo regular los sujetos beneficiados tuvieron a lo largo de su vida, por lo que las personas que no lograron superar la pobreza durante su vida productiva tienen menores posibilidades de salir de ella en su vejez (ASF, p. 311).

Abonando a lo anterior, el exsecretario de Hacienda Carlos Urzúa declaró en una columna de opinión, el colapso económico por haber reducido la edad del derecho a la pensión no contributiva, además del exponencial incremento de esta al 2024 (Urzúa, 2021).

¿Será que el programa nacional y universal a partir de los 65 años está destinado al fracaso por insuficiencia presupuestaria y por insuficiencia como mecanismo ante la pobreza y la falta de seguridad social? ¿Acaso el programa de pensión no contributiva está inclinado por el factor *politics* antes que *policy*? Una respuesta provisional, indica un panorama negativo ante los problemas públicos.

Justicia distributiva. Abonando a los problemas de pobreza y falta de seguridad social, está el constante incremento de la población adulta mayor y el recrudecimiento de las condiciones de desigualdad en la situación extraordinaria de la pandemia. Lo anterior plantea interrogantes sobre justicia distributiva, por ejemplo, ¿debería asignarse un mayor subsidio económico en aquellos adultos mayores en mayor condición de pobreza y mayores limitaciones físicas o mentales? Una de las posibles desventajas de los programas de tendencia universal es que los recursos asignados no cumplan con el objetivo estipulado, derivando en un desperdicio de recursos. Situación que, a través de políticas focalizadas, podría aplicarse filtros más acordes al objetivo del programa.

Seguridad social. Otra arista a considerar es que un mayor impulso a la seguridad social por medio del sistema de pensiones evita condiciones tan recrudecidas de desigualdad. Las dificultades y oportunidades que se derivan de la seguridad social es un tema de

amplia discusión entre expertos en la materia, pero en términos generales, es una concreción en la aspiración al bien común en sociedades plurales.

Diferencias injustificadas. Un escenario no tan evidente son los estereotipos en el imaginario colectivo, éstos pueden generar desigualdades hacia los adultos mayores, escenario que es examinado en el apartado 4.2, a través de la opinión pública plasmada en encuestas de opinión o investigaciones cualitativas.

Los estereotipos reflejan diferencias injustificadas común (Fajardo y Olivares, s. f.; Carbajo, 2009; Lolas, 2000) que, de evocarse en las políticas públicas pueden recrudecer condiciones de desigualdad (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2010; OMS, 2021b) y, por consiguiente, gestar condiciones de vulnerabilidad. Por ejemplo, llamar a una persona adulta mayor “abuelo” es una generalización falsa que al evocarse como una solución para el cuidado de niños que no pueden ser cuidados por sus padres, los puede estigmatizar en tanto se da por hecho el papel cuidador del adulto mayor, desestimando la autonomía del uso de su tiempo.

El criterio de la edad. Tendría que otorgarse a partir de los 60 años, que es la edad cronológica que define a las personas adultas mayores, y no de los 65, que es como ocurre. Se deduce que sucede así por los factores históricos (inicialmente se otorgaba a partir de los 70 años, después a los 68 años y finalmente a los 65 años) y económico, ajustándose al presupuesto de egresos (considerando que en el 2021 aumentó el 15% y entre el 2022 al 2024 será del 20% anual hasta quedar en el 2024 en 6000 pesos bimestrales). Sin embargo, que una proporción de la población de adultos mayores tenga que esperar cumplir los 65 para ser acreedora de la pensión puede generar un sentido de injusticia en el imaginario de este grupo etario, en tanto que los mayores de 60 años podrían contar con los criterios que los harían meritorios a dicho beneficio económico.

Pobreza. La condición de pobreza está relacionada con los determinantes sociales de salud -y de ahí que durante la pandemia se hayan hecho adelantos por parte de la pensión no contributiva para disminuir las carencias diversas de las personas adultas mayores-, sin embargo, en las Reglas de operación, las justificaciones de dicha pensión hacen saltos cualitativos entre los derechos sociales y la atención a la pobreza, lo que

implica abrir y cerrar espacios analíticos que pueden confundir los objetivos y sobre todo, lo que se espera de los resultados al evaluar dicho programa.

Incluso el discurso presidencial ha abonado a la confusión, cuando el actual presidente mencionó en una de sus conferencias matutinas que él recibiría la pensión al cumplir 65 años porque su objetivo es hacer un reconocimiento a la labor de las personas adultas mayores al país, y que mientras se cumpla con el requisito de la edad, él o los titulares de las secretarías podrían recibir dicha pensión:

Yo voy a recibir mi tarjeta [...] porque esa tarjeta, esa pensión, es universal. Y no es nada más para los pobres, es para todos los adultos mayores, por su contribución al desarrollo de México, es una pequeña recompensa, un pequeño reconocimiento y en el caso de la gente más humilde es para que puedan vivir con un poco de holgura en el último tramo de su existencia (Presidencia de la República, 2021).

Lo anterior es una muestra de las implicaciones sociales, de salud, y culturales en las que viven las personas adultas mayores para justificar la política pública. El concepto de vulnerabilidad podría seguir siendo evocado, pero también podría pensarse en el uso de conceptos más adecuados a los problemas públicos que justifican el programa de apoyo económico.

De acuerdo con lo expresado por el Presidente, la retribución económica es un reconocimiento por una vida activa en beneficio de la sociedad (actividad económica, la crianza y el cuidado de los hijos u otras personas, etc.). Ante la falta de evidencia de que dicho reconocimiento sea un beneficio sostenible a través del tiempo de la política pública, se deduce que el beneficio sostenible pudiera radicar en disminuir la brecha de pobreza generalizada en la sociedad mexicana. El valor radicaría en que se da un reconocimiento material a quienes cuentan con la edad que por derecho debe compensarse por una deficiente calidad de vida, esto es, que necesitan de un recurso económico que, aunque es mínimo como ingreso para alimentación, vivienda, etc., constituye un apoyo económico que pretende cerrar, en cierta medida, una brecha de la pobreza generalizada en este grupo etario y que reclama un sentido de justicia social.

### **2.3.2 Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2, para la prevención de la COVID-19.**

La pandemia por COVID-19 echó a andar mecanismos internacionales para plantear estrategias internacionales e influir en las estrategias nacionales para el monitoreo y control de la emergencia de salud pública. La OMS:

Define la pandemia por tres características que la hacen única y devastadora: i) la velocidad y la escala de expansión; ii) la gravedad de la enfermedad, con alta letalidad y mortalidad, principalmente en personas mayores; y iii) su poder de disrupción social y económica debido a las medidas necesarias para contener el virus (OMS, 2020<sup>a</sup>). Por ello, ha propuesto que los países deben ‘detectar los casos, someterlos a pruebas, aislarlos y atenderlos, y poner en cuarentena a los contactos para controlar la transmisión’ (OMS, 2020<sup>a</sup>, pág. 8). Entre otras cosas, las acciones puestas en marcha, el momento de las tomas de decisiones y la cooperación de la población hicieron que la evolución de la pandemia, que aún se encuentra en curso, fuera distinta en cada país (CEPAL, 2020, pp. 4-5).

A finales de 2021, la concreción de una vacuna contra la COVID-19 planteó una convicción real de frenar la alta letalidad de los exponenciales contagios.

En México, cuando la viabilidad de la vacuna contra la COVID-19 tuvo importantes progresos en sus fases clínicas, el gobierno mexicano publicó un documento rector para la ejecución del programa de vacunación, la *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2, para la prevención de la COVID-19* que, entre varios objetivos describe las etapas de vacunación, así como la justificación de la priorización de la población en México.

El objetivo general de la política pública fue la disminución de la carga de enfermedad<sup>12</sup> y de las defunciones por COVID-19. El objetivo específico fue lograr la “inmunidad de

---

<sup>12</sup> “La carga de la enfermedad nos permite estimar las pérdidas en salud a través de la comprobación (completa y precisa) de todas las causas de muerte: de aquellas que nos conducen a la muerte de manera prematura (evitables), de las que provocan discapacidad (no letales), de atribuibles a diferentes factores de riesgo (prevenibles) y de las enfermedades que nos hacen perder años de vida saludables muy valiosos en cualquier etapa de nuestra vida”. (Gómez, p.1).



rebaño” producto de la vacunación de por lo menos el 70% de la población (Gobierno de México, 2020b, p. 7). La política asumió las recomendaciones del grupo interdisciplinario técnico asesor para la vacuna en México enfocado en una estrategia de la reducción del número de muertes por esta causa. El marco ético para la asignación de recursos se basa en los riesgos para la salud de: infección como mortalidad, pobreza y desigualdad en la población (Gobierno de México, 2020b).

Ante la escasa disponibilidad de la vacuna y su gran demanda, se justificó la necesidad de la priorización para la vacunación considerando los siguientes grupos:

1° Personal de salud en primera línea de atención de la COVID-19.

2° Población general mayor de 16 años. De esta, se jerarquiza de acuerdo con: i) la edad, primero las personas adultas mayores de 60 años y más; ii) comorbilidades personales; iii) grupos de atención prioritaria, esto es, personas con discapacidad o en la edad de la niñez; y iv) comportamiento de la epidemia. Considerando la diversidad de condiciones en los estados, se prevé contemplar la densidad poblacional o las actividades socioeconómicas.

La asignación progresiva y la distribución gradual de las vacunas disponibles podrán ser modificadas en el tiempo conforme cambia la disponibilidad de los biológicos, aumente la evidencia científica y se verifique la seguridad y eficacia de las vacunas disponibles mediante la vigilancia de potenciales eventos adversos. [... La] edad de las personas, sigue siendo el eje principal, con énfasis en vacunar prioritariamente dentro de cada grupo etario a quienes viven con comorbilidades (Gobierno de México, 2020b, p. 11).

### ***2.3.2.1 Justificación a favor del programa de priorización de la vacunación***

Política emergente a partir de la pandemia. Ante la situación extraordinaria de una pandemia de rápida propagación y con un importante índice de complicaciones y mortalidad, el objetivo del gobierno mexicano, se concentró en la contención de ésta, después en su reducción. Cuando comenzó a estar disponible la vacuna, la política pública de vacunación, surgió como una respuesta extraordinaria y necesaria a la atención de un problema de salud pública.

Protección de la población en México. Con el objetivo de evitar la mayor cantidad de muertes (se protege el bien de la vida), se considera a la pobreza y la desigualdad (injusticias sociales) como condiciones sociales que pueden disminuirse o compensarse con acciones sociales o gubernamentales. La meta para mediados del 2022 estima la inmunidad de por lo menos el 70% de la población total en México. Datos gubernamentales indican que a finales de mayo de 2022 hay una cobertura del 87% en la población mayor a catorce años (98 378 523), de las cuales, 85 923 271 tienen al menos una dosis.

Acciones internacionales. La pandemia como fenómeno global, no solo generó acciones del gobierno para su población, también generó un intenso intercambio de información internacional. Por ejemplo, el mecanismo internacional COVAX, del que México es parte, trabaja en hacer efectivo que por lo menos el 20% de la población de países de ingresos bajos y medios puedan acceder a la vacunación.

### ***2.3.2.2 Aristas críticas del programa en la priorización de vacunación***

Subregistro de muertes. La escasez de la vacuna como el bien social de mayor valor jerárquico para la salud pública requirió de criterios de justicia distributiva en la que la salud-enfermedad y la vida-muerte serían variables que marcarían el destino de toda la población. Al 18 de marzo de 2022 Johns Hopkins University contabiliza 5 624 954 millones de casos positivos y 321 806 muertes a nivel nacional (2022). Sin embargo, se estima un incremento mayor de muertes al de las cifras oficiales, sobre todo en el 2020 por no contar con subregistros (Tzuc, E., Martorell, D. y Cárdenas, A. 2020; Andrew, K. 2021), situación que con el paso del tiempo, diversas instituciones están arrojando datos más exhaustivos. Por otra parte, establecer como criterio las camas disponibles u ocupación hospitalaria sigue siendo criticado como la variable más socorrida para monitorear la pandemia.

Cambio de estrategia de priorización. Un hecho relevante sucedió en el estado de Campeche, cuando se reportó en dos ocasiones estar en semáforo verde, el Gobierno de México declaró que después de la vacunación del personal de salud, se priorizaría a los docentes (de educación básica, media y superior) a la par de las personas adultas mayores. El cambio de estrategia en la priorización ya no estaría centrado en salvar vidas

basados en los grupos que más se complican y mueren, sino que estaría a la par del rezago educativo que por más de un año ha impactado en la vida de muchos estudiantes. Sin embargo, ¿acaso no cambiaría el fondo de los objetivos de la política de salvar vidas y actuar en contra de la pobreza y desigualdad? Si solo se centrara el objetivo en salvar vidas sí habría una contradicción del objetivo de la política, al integrar las acciones en contra de la pobreza y de la desigualdad, habría que justificar el costo-beneficio de abrir escuelas con personal docente vacunado y alumnos sin vacunar, además de ponderar otros escenarios de pobreza y desigualdad.

Diferenciación entre el personal médico del sector público y privado. En abril de 2021 el 98% del personal médico en el sector privado no había sido vacunado<sup>13</sup>. La justificación gubernamental es que el sector privado solo había atendido el 1.7% de los casos positivos (Carrillo, 2021), ¿acaso no se establece una desigualdad ante el sector público, donde el personal en contacto y atención de la población que acudía por atención médica podían contagiarse y enfermar en el cumplimiento de su profesión como actividad esencial? Dicha desigualdad en términos de vulnerabilidad puede apuntar a lo que Osorio (2017) indica como un revés a aquellos grupos que, al no ser identificados como vulnerables, terminan siéndolo en tanto se descuidan o se pasa por alto sus necesidades sociales, generando un problema público injusto por omisión o invisibilización estructural a nivel institucional o gubernamental.

Vacunación en población pediátrica. En mayo de 2022, la población candidata a vacunarse fueron aquellos de 12 a 17 años sin comorbilidades (Gobierno de México, 2022). Por tanto, la priorización comenzó la vacunación en población pediátrica. En octubre de 2022, la población convocada a vacunarse es la población de 5 años y más. El 29 de octubre de 2021, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos de América (FDA, por sus siglas en inglés) autorizó el uso de las vacunas de emergencia en la población de 5 a 11 años (FDA, 2021); el 17 de enero de 2022, autorizó el uso de las vacunas Pfizer y Moderna en población mayor a 6 meses de edad (FDA,

---

<sup>13</sup> Podría tener una diferencia porcentual en tanto que hay personal del sector privado que también trabaja en el sector público.

2022). La expectativa es que en la COFEPRIS evalúe el uso de la vacuna contra la COVID-19 en este mismo sector de la población en México.

Respuesta del gobierno ante la pandemia. La justificación favorable y las críticas sobre la política de priorización está más inclinada a señalar sus deficiencias o ambigüedades. Surge una pregunta sobre el balance las tomas de decisión gubernamental, ¿estamos ante un escenario donde hubo tomas de decisión equivocadas o será que hubo un proceder éticamente incorrecto? Los próximos capítulos, en el tratamiento de la pandemia y la priorización de la vacunación, tratarán de ir respondiendo esta pregunta.

## **2.4 Pandemia, vulnerabilidad, políticas públicas y bien común**

La pandemia por SARS-CoV-2 despliega mecanismos internacionales para plantear estrategias internacionales para el monitoreo y control de la emergencia de salud global, dentro de los objetivos se pretende influir en las estrategias nacionales de los gobiernos aliados a organizaciones como la OMS. También se hace patente las formas de disrupción que una amenaza de salud pública puede desencadenar (CEPAL, 2020, pp. 4-5) y cómo las acciones de un gobierno pueden tener repercusión global.

Por otra parte, también se puede reconocer un sentido existencial de los individuos ante la pandemia, donde los números de casos positivos, de recuperación (con sus posibles secuelas) y de muertes permite pensar en la biografía propia y de los seres queridos que forman parte de las estadísticas.

Un temor e incertidumbre generalizados permean el presente y el futuro en la problemática global que, a su vez, tiene contextos disímiles según el lugar de residencia y de las condiciones socioeconómicas.

Pensar en la vulnerabilidad existencial ante el riesgo de enfermar, la amenaza de no volver a ver a los seres queridos o que la propia existencia cese de manera abrupta en un hospital o el propio hogar, recuerda esa vulnerabilidad de la Antigüedad.

Los medios de comunicación dieron noticias de casos donde familias enteras se habían contagiado y muerto; donde familiares incrédulos visitaban a las personas adultos mayores y éstos últimos se contagiaban y morían; de contagios inevitables porque

familias de varias generaciones convivían diariamente en espacios reducidos; de casos donde se habían encontrado cuerpos en estado de putrefacción luego de que los vecinos dieran cuenta a las autoridades del hedor; del dolor de la familia por no poder hacer funerales dignos a sus seres queridos: ser enterrados, velados o cremados sin tener que estar en lista de espera de días para pasar al horno crematorio.

Esas realidades dolorosas, desagradables, donde el contacto humano se redujo o se truncó entre quienes viven en la propia casa, con el temor y la culpa de estar contagiando o ser contagiado si rompes el protocolo de salud pública. De alguna manera recuerda a *Tiqué*, tal vez ya no en una versión del dios caprichoso, sino en la capacidad del cuerpo para ser asintomático, de tener recursos materiales (dinero) y sociales (redes de apoyo y medios para ser funcional desde casa) para hacer frente a la enfermedad, de la posibilidad de tener un confinamiento voluntario, de contar con la tecnología y hacer uso de ella para estar comunicados con los seres queridos e instituciones que permitan desarrollarse funcionalmente desde casa, etc.

Estas expresiones de la vulnerabilidad existencial forman parte de la realidad social. Sin embargo, ¿estos contextos pueden o deben de incluirse como justificación de las políticas públicas como es el caso de la priorización para la vacunación contra la COVID-19? La literatura sobre políticas públicas diría que no, un problema existencial no debería influir en una política pública en tanto que los problemas públicos justamente atienden problemas de interés social, público. Sin embargo, cuando un problema existencial se replica con la suficiente fuerza para hacer eco social, el gobierno y las instituciones pueden y deben tomar cartas en el asunto.

Un ejemplo de un problema existencial que pasa a ser un problema público, especialmente en el primer año de pandemia, es que el incremento de la ansiedad, la tristeza y el dolor de las personas por las variables de salud-enfermedad, vida-muerte, trabajo-despido, permanencia académica-deserción, violencia intrafamiliar, constituyeron causas de atención y acción institucional y gubernamental a través de la promoción de líneas telefónicas de atención psicológica, denuncias por la violación de los derechos humanos, de apoyos económicos y tecnológicos para continuar con la formación escolar,

de reducir la movilidad para evitar contagios, muertes y sobresaturación del transporte público, del permiso de pequeños aforos en comercios e instituciones.

El escenario donde la salud pública y la salud individual permea la vida de las poblaciones, puede tener algunas rutas de explicación. La OMS define los “determinantes sociales de la salud” como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OPS, s.f.). Las implicaciones entre lo privado y lo público como un tema de responsabilidad individual, social y gubernamental pueden cristalizar una fuerte urdimbre entre ellas, abriendo un espacio compartido: el bien común.

El sentido político del bien común, como un enlace entre lo privado (aquel paradigma tan enaltecido en la Modernidad) y lo público que entraña pluralidades culturales, pero al mismo tiempo abraza los ideales de las sociedades democráticas contemporáneas puede explicar ese binomio en el que, a través de la solidaridad, se ofrece la posibilidad de un ejercicio que reconoce la vulnerabilidad privada (lo existencial, el propio cuerpo) y lo público (problemas que son de interés común).

Un ejemplo de cómo se piensa el bien común puede examinarse en la priorización de la vacunación por grupos, específicamente en el primer grupo, en los trabajadores de la salud en la primera línea de atención a la COVID-19:

- Su priorización obedece principalmente a dos factores: uno social y otro moral. El factor social radica en la relevancia del desempeño de su trabajo. Este grupo se encuentra integrado por enfermeros atendiendo a pacientes, médicos atendiendo y tratando pacientes, trabajadores sociales en contacto con las familias de los pacientes, personal de limpieza en contacto con materiales, ropa, y espacios cerrados y altamente contaminados. Sumado a ello, la falta de personal sanitario, disminuye la capacidad para detectar y atender a las personas con COVID-19.
- En el ejercicio de su profesión, se reconoce una actuación supererogatoria que los hizo acreedores de una retribución social como aplausos, empresas que otorgaron gratuidad en su hospedaje, traslados, alimentos, bebidas en reconocimiento de su

loable labor; también hubo reconocimiento gubernamental, pues, en tanto que desempeñan un trabajo esencial y arriesgaron la vida en ello, se les dio la primera prioridad en la vacunación y no pareció haber razones para refutarlo.

- Por lo consiguiente, si el personal de salud en primera línea de atención desarrolla un trabajo esencial para mantener la salud y atender a las personas con COVID-19, exponiéndose al contagio en cumplimiento de su labor, el bien social se justificó en términos sociales, económicos, de salud, políticos y éticos.

En el contexto de la pandemia, se espera una ciudadanía responsable, en la que la vulnerabilidad puede ser un tema existencial, pero mayormente se evoca como una variable que aspira a la justicia social. Aquellas circunstancias y acciones que pueden modificarse para vivir mejor, conseguir o acercarse al bien común, constituyen una oportunidad de generar agencia en quienes están en riesgo de perderla o ya la han perdido.

## **2.5 La idea de vulnerabilidad que permea las políticas públicas enfocadas en la población de adultos mayores en México**

La idea de la vulnerabilidad humana, en un sentido histórico y desde las políticas públicas enfocadas a las personas adultas mayores, busca el ideal de conciliación de opuestos: lo concreto y lo universal. Es un área de oportunidad, pero también de cierta sospecha para no inclinarse por simpatías personales que dejen de lado la posibilidad de mejorar el uso y comprensión de la vulnerabilidad.

No hay un concepto claro de vulnerabilidad inserto en las políticas públicas enfocadas en la población de los adultos mayores en México; lo que se ha identificado es una noción escurridiza, una especie de consenso general sobre la injusticia social con promesas de cambio justo.

Por consiguiente, la categoría de vulnerabilidad se muestra viable en la vida pública, en los problemas públicos y sus posibles soluciones. A continuación, se hará un breve análisis de las políticas públicas de pensión no contributiva y priorización de vacunación respecto a la vulnerabilidad y algunas implicaciones éticas que de éstas derivan.

### **2.5.1 Pensión no contributiva.**

Los programas asistenciales (sea visto en su sentido de subsidiariedad o de estado de bienestar) como el de la pensión, tienen un rostro que a veces no es visible pero que tiene un peso importante en la valoración del bien social y de la ética.

Beneficiar a las personas adultas mayores de 65 años con pensiones no contributivas con un incremento anual al 20% representa un rubro de importante peso para la administración pública. Desde la sociología, Osorio (2017) da cuenta de una ambigüedad que puede reflejarse en este contexto de atención gubernamental a la vulnerabilidad:

Al definir a un sector poblacional como vulnerable con normalidad se busca hacer evidente sus condiciones de indefensión y desamparo y, al mismo tiempo, reclamar políticas de atención, que por lo general privilegian a un segmento de la población en detrimento de otros. Excluyentes y oportunistas como son los programas asistenciales terminan por ignorar, cuando no sobre explotar, a otros sectores no etiquetados como vulnerables –es el caso de personas con seguridad laboral y económica– cuya causa residual redundaría en un desinterés por atender problemas estructurales que casi perpetúan las condiciones de marginación y desigualdad que padece buena parte de la población (p. 5).

Pensar la categoría de la vulnerabilidad desde las políticas públicas constituye una oportunidad para mapear los riesgos y amenazas que justifiquen su uso.

Un ejemplo de lo anterior es la amenaza de la modificación o derogación de los programas sociales, como es la pensión no contributiva. La reforma constitucional que desde el 2020 considera a la pensión no contributiva dentro del presupuesto anual de los egresos federales, hace una fortaleza a la amenaza antes mencionada, porque lleva una política pública al nivel de obligación jurídica constitucional que permite cierta estabilidad en el tiempo y evidencia una prioridad para la atención de la pobreza en este grupo etario.

Una alternativa a la universalización de la pensión no contributiva con implicaciones éticas, posicionaría a las personas adultas mayores como aquellos agentes morales con la posibilidad de rechazar la pensión y que ésta, pudiera abonarse a quienes más lo necesitaran por precarización económica. Así habría un beneficio doble: 1) se apelaría a



la responsabilidad ciudadana al determinar los potenciales beneficiarios que no son una población objetivo de ese subsidio económico por su solvencia económica; y 2) se abonaría al bien común en tanto que se transferiría a grupos en especial riesgo de pobreza económica.

Las Reglas de Operación de la pensión no contributiva indican que las personas adultas mayores “enfrentan condiciones de escasos ingresos económicos y limitado acceso a los sistemas de protección social y de salud” (Secretaría de Bienestar, 2021, párr. 6), por tanto, se derivaría la universalización de las políticas públicas de acuerdo con la edad cronológica aunada a la evocación de la responsabilidad ciudadana de la “necesidad por criterio de asignación de derechos” (Elder y Cobb, 1993, p. 81). Posibilitando que a mayor necesidad hubiera una mayor cantidad de apoyo económico, mejorando las condiciones de vida que permiten acceder a la protección social.

Finalmente, un escenario de mejora y sostenimiento a la calidad de vida de toda la población se logra a través de la seguridad social (cf apartado 3.1). Mediante el acceso a la seguridad social se proveen beneficios más estables a través del tiempo (CONEVAL, 2018, p. 22). El análisis de la seguridad social excede el presente trabajo de investigación, pero se deduce que su realización efectiva, podría gestar sus propios escenarios de amenaza-riesgo-vulnerabilidad

### **2.5.2 Priorización de la vacunación.**

En lo que concierne a la priorización de vacunación, hubo un suceso que conectó a los dos primeros grupos de prioridad: cuando el gobierno federal lanzó una convocatoria para que, de manera temporal, se sumara personal médico y de enfermería al área de terapia intensiva y urgencias en los hospitales públicos.

Llamó la atención que la convocatoria se extendiera al personal de salud jubilado que quisiera hacer un loable aporte al bien social en momentos de crisis sanitaria. Así, las personas adultas mayores con experiencia para la atención en primera línea constituyeron simultáneamente un recurso humano sumamente necesario en la pandemia y al mismo tiempo, según la información gubernamental, constituían el grupo de mayor riesgo de contagio y complicaciones graves.

Por una parte, las personas adultas mayores fueron sujetos de mayor protección social por medio de las indicaciones gubernamentales e institucionales de quedarse en casa, se incentivó que la población cooperara al llevarles alimentos o medicinas a domicilio, se abrieron horarios especiales para su atención en diversos comercios, el gobierno asignó adelantos de pensión no contributiva o no fue requerida la demostración de supervivencia para algunos programas sociales. Por otra parte, se convocó a una acción cooperativa de retorno al ejercicio profesional sanitario evocando el bien común de la población en México.

Más allá de señalar si la logística sobre cómo se ha manejado la política de vacunación contra la COVID-19 es acertada o no, además de los cambios sorpresivos de la priorización, se muestra relevante identificar si otros grupos poblacionales pudieron ser beneficiados con la ventaja temporal para la inoculación.

La Tabla 2 plantea un ejercicio especulativo que se construyó para ejemplificar grupos alternativos a las personas adultas mayores para su elegibilidad teórica como segundo grupo prioritario en la vacunación.

**Tabla 2**

*Grupos de priorización y su justificación para recibir la vacuna contra la COVID-19*

<b>Grupos alternativos de priorización</b>	<b>Justificación</b>
Policías y personal de seguridad	Desarrollan actividades esenciales de seguridad pública
Meseros, cajeros, taxistas, choferes, recolectores de basura	Tienen un mayor riesgo de contagiarse y contagiar a otros en actividades esenciales por la constante interacción con diferentes personas
Docentes	Constituyen la población de mayor riesgo de contagiarse y contagiar a otros por el tipo de actividad en un lugar moderadamente cerrado con gran cantidad de personas hablando
Jóvenes económicamente activos	Constituyen la población con mayor movilidad
Personas en condición de indigencia	Tienen un mayor riesgo de contagiarse y contagiar a otros en la vía pública, agudizado por el no uso de cubrebocas

En el ideal de un escenario donde no hubiera escasez de un bien a repartir, evitaría el ejercicio teórico y práctico de la justicia distributiva en la Tabla 2. Ante el contexto de escasez, se muestran distintos grupos que pueden ser priorizados y las razones objetivas que podrían justificar su inserción en el escalafón de las listas de espera.

El posicionamiento del gobierno mexicano, que está alineado con las directrices de la OMS, es salvar la mayor cantidad de vidas y evitar los contagios; esto ha derivado en que la línea común internacional vacune primero al personal de salud en primera línea de atención y después a las personas adultas mayores. Sin embargo, es importante constatar que dichos criterios se cumplan en México y sopesar, si el beneficio que se le da al grupo de los adultos mayores, no está abriendo una brecha de explotación a sectores no considerados vulnerables pero que también se dibujan pertinentes en la priorización para la vacunación; aquellos cuya “causa residual redundante en un desinterés por atender problemas estructurales que cuasi perpetúan las condiciones de marginación y desigualdad que padece buena parte de la población” (Osorio, 2017, p. 5).

En los siguientes dos capítulos se hará un análisis de los contextos de los adultos mayores para identificar o descartar las vulnerabilidades de acuerdo a la propuesta de la categoría de vulnerabilidad desde el tercer nivel de análisis (Figura 1).

### Capítulo 3

#### **El contexto de las personas adultas mayores y la vulnerabilidad como tema público. Parte 1**

En los capítulos 1 y 2 se explora la noción de vulnerabilidad y las políticas públicas con enfoque en las personas adultas mayores. Un punto en común entre ambos temas es la propuesta de que la vulnerabilidad como categorización en este grupo etario debe ser reexaminada y ponderar las condiciones sociales que envuelven su justificación (Elder y Cobb, 1993), (Aranibar, 2001), (Osorio, 2017), (Luna, 2015). Parece que inevitablemente la parte teórica-social del concepto debe pasar por el tamiz de la realidad e incluso de las subjetividades de los sujetos implicados.

La vulnerabilidad humana resalta como un tema recurrente en las discusiones académicas, políticas, institucionales y sociales. La presente investigación pretende hacer un aporte teórico desde la bioética a la discusión actual, ya que si se identifica a alguien como vulnerable, la expectativa sería que dicha persona supere esa condición y pueda vivir en mejores condiciones (una vida digna, una vida íntegra, una vida con bienestar, una vida subjetiva y objetivamente más satisfactoria) y, siendo que en el tercer nivel de análisis (cf Figura 1), el bien común, el bienestar de las poblaciones son objetivos permanentes, entonces las tendencias poblacionales y las decisiones gubernamentales e institucionales cobran especial relevancia.

Las personas adultas mayores juegan un papel especialmente importante en tanto que llevan un estandarte histórico que, recientemente en occidente, ha justificado su inclusión en beneficios sociales y gubernamentales. Lo anterior empuja la idea de la vulnerabilidad como una arista de especial interés porque sugiere un vínculo natural entre los problemas públicos y la respuesta gubernamental, a través de la administración de recursos, permisiones o prohibiciones legales, etc.

Durante la construcción de la presente investigación, se concluyó la insuficiencia de la propuesta teórica de las capas de vulnerabilidad para la identificación de vulnerabilidades

en las personas adultas mayores. Hecho que ayudó a configurar la propuesta apoyada en diversos autores que en el capítulo 1 es justificado.

En el capítulo 3 se exponen dos contextos de las personas adultas mayores: lo sociodemográfico y la salud-enfermedad, teniendo como eje transversal la pandemia. Se analiza el impacto de algunas políticas públicas y otras decisiones gubernamentales sobre la vida de las personas adultas mayores. Lo anterior, tiene como objetivo revisar algunas áreas de la realidad de este grupo etario en México, para después pasarlas por el tamiz de las amenazas, los riesgos y los empoderamientos para evidenciar o descartar vulnerabilidades concretas de las personas adultas mayores.

En los cuatro contextos de análisis (capítulos 3 y 4), se presentan dos tablas que sintetizan los resultados. Aquellas tablas que identifican las amenazas, los riesgos y las circunstancias de empoderamiento, obedecen a una lectura general del contexto analizado de las personas adultas mayores en México; mientras que las tablas que sintetizan las amenazas, los riesgos y las vulnerabilidades, muestran el escenario de vulnerabilidad concluyente en su tercer nivel de análisis. Por lo tanto, las tablas que identifican las vulnerabilidades constituirán la materia prima para la propuesta del enfoque bioético de vulnerabilidad aplicado a las políticas públicas mexicanas para las personas adultas mayores a demostrarse en el capítulo 5.

### **3.1 Perspectiva sociodemográfica**

La información permite hacer una lectura de qué está pasando y cómo podemos mejorar las condiciones de vida de la población envejecida. Las tendencias del perfil sociodemográfico de las personas adultas mayores, más allá de mostrar estadísticas y representaciones objetivas, es un referente para entender si la vulnerabilidad humana encuentra justificación contrastable con otras áreas de estudio, que están continuamente actualizándose para ser certeros en sus retrospectivas y más importante, en sus proyecciones sobre cómo van a conducirse las sociedades y cómo puede afectarnos si no se toman ciertas acciones al respecto.

Recordando a Tarasco (2015), la vulnerabilidad es un concepto social y político. Por lo tanto, en el presente trabajo se requiere confrontarla con las tendencias sociales desde

un tercer nivel de análisis. Se anticipa que las vulnerabilidades sociodemográficas identificadas en la investigación fueron: la desigualdad, el aislamiento, la exclusión social y el reforzamiento de los riesgos de caídas y sentimientos de abandono. Lo anterior, requirió un proceso de búsqueda de información y análisis que se irá desglosando para justificar cómo es que se llegó a identificar los escenarios de amenaza, riesgo, empoderamiento y vulnerabilidad.

Desde la demografía, la edad determina los grupos de población; la vejez inicia a los 60 años y el término más aceptado para referirlos es el de “persona adulta mayor”, sin embargo, es cotidiano que los estudios científicos hagan el ajuste cronológico de un quinquenio.

La OMS estableció la edad de 60 años y más, para países de ingresos medios y bajos y de 65 años y más, para países de ingresos altos (INGER, 2017); la diferencia radica en que las condiciones de vida impactan en la calidad de vida de la población que, a su vez, tiene una repercusión en la funcionalidad y esperanza de vida de las personas. En países con alto grado de envejecimiento como Japón o España, existen propuestas para que la edad cronológica de 65 años sea modificada y se ajuste a la esperanza de vida, pudiendo también ser considerada la autopercepción en el estado de salud (Rius, 9/10/2017).

En el caso de México, por ser un país de ingresos medios le corresponde la edad de 60 años y más, sin embargo, la información disponible contempla en muchas ocasiones las estimaciones a partir de los 65 años, situación señalada en el capítulo 2, donde no sólo hay una disparidad en los criterios de las instituciones, sino que hay implicaciones políticas, económicas y de justicia social<sup>14</sup>.

La tendencia mundial se orienta hacia un incremento de las personas adultas mayores respecto al resto de los grupos etarios; luego, saber el porcentaje del envejecimiento también permite prever las oportunidades y problemáticas de atención gubernamental, social y familiar en dicha población.

---

<sup>14</sup> Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) desde 2001 hace estudios longitudinales en la población mexicana a partir de los 50 años. (ENASEM, 2021)

En Latinoamérica los mayores de 60 años superarán en el 2037 al de 0 a 14 años (CEPAL, 2017, p. 27). Por consiguiente, se están posicionando en la agenda pública con mayor fuerza los temas de pensiones, de servicios de salud, de atención a la salud mental. El paradigma generacional está invirtiendo su base, más adultos mayores y menos jóvenes. Al fijar la atención en las personas adultas mayores no sólo conlleva mirarlos a ellos, sino que en cierta medida es pensar en los niños, jóvenes y adultos cuyo curso de vida tiene como expectativa alcanzar la senectud con calidad de vida.

En el caso de México, la esperanza de vida promedio al 2021 fue de 75.35 años (CONAPO, s. f.), lo que implica un promedio de 15 años de vida una vez cumplidos los 60 años, situación que irá incrementando en cantidad de años, llegando al 2050 a una esperanza de vida de 79.62 años (CONAPO, s.f.) y alcanzando cifras estadísticamente representativas en la población de 95 años y más. Esto representa un incremento de 9.5 veces respecto a la población de esa edad en el 2000 (CONAPO), ya sea porque las condiciones óptimas para llegar a esta edad son recientes o porque los registros comienzan a ser confiables hasta tiempos recientes (De Popolo, 2001).

El grupo etario de las personas adultas mayores contempla a su vez, otros grupos de edad: octogenarios, nonagenarios, centenarios y supercentenarios) (Manzano y Russo, 2019). Dicho parámetro no es ocioso, por ejemplo, hay un interés por saber cuántos años viven las personas, qué necesidades y resiliencias enfrentan para alcanzar supervivencias extraordinarias.

La tendencia es que hay un claro declive fisiológico a partir de los 80 años, lo que podría enfatizar la atención gubernamental e institucional a partir de esta edad, por ejemplo, a través de la focalización de atención médica y políticas públicas de infraestructura para su movilidad.

Existe un interés social por saber cómo vivir más y en mejores condiciones, por ejemplo, hay una gran oferta en el mercado de productos antioxidantes que previenen o tratan el envejecimiento, así como de cremas antiarrugas o antiedad. Por tanto, las realidades de las personas adultas mayores tienen una serie de aristas de interés científico, cultural, económico, entre otros.

Las tendencias nacionales darán cuenta de las decisiones federales sobre el sustento al programa de pensión no contributiva y de la priorización de vacunación. Si dichos programas tienen un enfoque prioritario hacia las personas adultas mayores, ¿cómo viven y qué necesidades tienen?

### **3.1.1 Demografía y envejecimiento en México.**

La medición del porcentaje del envejecimiento de la población nacional son temas de creciente interés. En el caso de México se cuenta con un “bono demográfico” en el que la población económicamente activa es mucho mayor a la población económicamente dependiente, esto es menor de 15 años y mayor de 60 años. Sin embargo, el proceso del cambio demográfico indica un incremento de personas adultas y un descenso de niños<sup>15</sup>; nuestro país está en un proceso de envejecimiento.

Una breve retrospectiva sobre cómo es que se llegó a ese cambio en la tabla poblacional se resume en algunos cambios nacionales que durante el siglo XX marcaron la dinámica sociodemográfica: durante la Revolución mexicana la población disminuyó a causa de la guerra. De la década de los veinte a los setenta hubo un importante incremento de la población y de la esperanza de vida, resultado de una mejora de los servicios de salud y de programas sociales que aumentaron la esperanza de vida. A partir de la década de los treinta también hubo un impulso en la urbanización de ciertas zonas promoviendo el acceso a condiciones de salud, educación y servicios públicos. En la década de los setenta se promovieron programas de planificación familiar, lo que implicó familias más pequeñas, también se impulsó la inserción de la mujer al campo laboral. De los setenta al 2000 hubo una importante migración de personas económicamente activas y mayormente hombres principalmente a Estados Unidos de América (INEGI, 2012, pp. 1-2). Lo anterior ha reconfigurado profundamente las dinámicas familiares y las personas adultas mayores, que crecieron con un modelo y ahora pueden ser testigos del cambio de paradigma, ya no suelen ser favorecidos por la estima social y familiar.

El trato familiar hacia la población adulta mayor dio un giro importante a finales del siglo XX. Antes las familias se constituían por un gran número de integrantes y ahora suelen

---

<sup>15</sup> Las pirámides de población en la página oficial del INEGI facilitan la comparación en los cambios de población desde 1895 al 2010. (INEGI, 2021b)



ser pequeñas -aproximadamente 2 hijos por familia; la integración de la mujer al ámbito educativo y laboral también es un factor de cambio sin olvidar que aún desempeña el papel principal de cuidadora en la familia. El proceso de enfermedad-muerte, incluyendo la incapacidad en las personas es más prolongado -más tiempo, más costos-, y el crecimiento demográfico de la población de adultos mayores tiende al alza. (INEGI, 2021)

Por lo tanto, el cuidado de la persona adulta mayor y su integración con la familia como el vínculo más inmediato se ha orientado hacia su no inclusión (Casado, Rodríguez y Vilà, 2016). Otra lectura, es que la responsabilidad familiar, se ha tornado excesiva, cuando el gobierno también debería tomar parte (Institute for Health Sciences, 2021). Lo anterior encuentra sustento en múltiples aspectos de la vida cotidiana y tiene repercusiones en la salud física y psicológica, en lo económico, en lo cultural y lo jurídico y, que se justifica en los capítulos 3 y 4.

### **3.1.2 Ingresos y dependencia económica.**

La dependencia económica en la población adulta mayor es uno de los temas de mayor complejidad, porque incluye temas de precisión técnica como la edad de jubilación y el derecho a una pensión. La dependencia se podría concretar en pasar de ser activos en lo laboral, familiar, social, etc. a ser receptores, esto entendido como sujetos de derechos. Dicho paradigma debe responder a qué es sujeto de derechos, qué tipo de justicia social podría aplicarse a quienes están en la última etapa de su vida y desean o requieran de la atención gubernamental para tener acceso a mejores condiciones de vida.

Una idea generalizada en la última etapa de la vida es que la persona adulta mayor tiene una disminución de su actividad general y un mayor descanso en sus actividades cotidianas, obteniendo derecho al apoyo institucional, de gobierno -descuentos, preferencias-, al apoyo económico y el cuidado familiar. También se estima una mayor propensión de enfermedades y discapacidades propias del desgaste por la edad e incluso, propias de la epidemiología de su entorno. La expectativa de una vida receptora de beneficios en las personas adultas mayores, obliga a pensar en la sostenibilidad económica para lograrlo.

Cuando se habla de distribución de recursos gubernamentales la idea de merecimiento emerge como tema necesario. En el capítulo 2 el merecimiento se deriva de las condiciones precarias de los sujetos (problema público), por tanto, el gobierno toma parte de la identificación y solución del problema; en el apartado sociodemográfico, ¿qué situaciones o condiciones configuran un problema público y de atención gubernamental para solucionarlo? La pregunta no es menor en tanto que los problemas públicos y el merecimiento de la atención gubernamental puede estar basado, por ejemplo, en una justicia reparadora, entendida como aquella justicia que trata de resarcir las desventajas o el daño causado históricamente.

En lo que refiere a lo sociodemográfico, una indagación básica resalta por entender cómo viven las personas adultas mayores. Algunos datos torales para entenderlo son: los ingresos generales, el ingreso laboral, las remesas, el trabajo no remunerado, las estadísticas por clase de hogar, la perspectiva de género, el cuidado informal de la persona adulta mayor. A continuación, se presenta una breve exposición de estos temas.

**Ingresos generales.** Al revisar los principales ingresos de esta población se evidencia que, de aquellos económicamente activos: el 52% recibe un salario mínimo; del porcentaje anterior, el 86.4% no cuenta con el derecho a los servicios de salud por parte de su trabajo; el 73.5% de los que tienen entre 60 a 67 años no cuentan con pensión ni jubilación contributiva y, quienes superan esta edad, pueden ser receptores de la pensión no contributiva; el 47% recibe ayuda económica de familiares. (Senado de la República, 11/10/2018).

**Ingreso laboral.** Según datos del CONEVAL, en el segundo trimestre del 2021 el ingreso laboral real promedio de las personas mayores a 65 años fue de 3212.42 MXN (1.5 veces menor que la población entre 30-64 años) (CONEVAL, s.f.-c) y, el porcentaje de población total con ingreso laboral inferior al costo de la canasta alimentaria (pobreza extrema) fue de 38.5 (CONEVAL, s.f.-c), dando como resultado un ingreso mensual por debajo de la línea de pobreza<sup>16</sup>, situación que apoya la implementación del programa de pensión no

---

<sup>16</sup> Datos a diciembre de 2020. Al revisar datos recientes del CONEVAL se reporta que el valor monetario de la línea de la pobreza extrema por ingresos mensuales por persona en la canasta alimentaria a diciembre de 2020 fue de 1306.48 MXN para el área rural y de 1713.89 MXN para el área urbana. Por su parte, en la misma fecha el valor

contributiva cuando la tendencia de las personas adultas mayores es tener ingresos que incluso están por debajo de la línea de pobreza extrema.

Remesas. La dependencia de remesas a México en el 2021 fue del 3.8% de su PIB (Li, Cárdenas, Espinoza y Serrano, 2021) siendo un importante capital económico para el gobierno y parte de su población. Datos recientes indican que los hogares receptores de remesas en México “son mujeres, tienen un nivel de educación básico, pertenecen a grupos de mayor edad y están en busca de trabajo, en comparación con las jefaturas de hogar que no reciben remesas” (Li, Cárdenas, Espinoza y Serrano, 2021, p. 107). Estas tendencias muestran el impacto de las remesas y su vínculo con las personas adultas mayores.

Resalta el hecho de la búsqueda de trabajo en esta población, incluso con la pensión no contributiva gubernamental (en el 2022 equivalente a 1925 MXN al mes) que posibilita la compra de una canasta alimentaria para el área rural (1344.94 MXN a diciembre de 2021) y para el área urbana (1844.32 MXN a diciembre de 2021) (CONEVAL, s.f.), situación que podría dar para pensar que la búsqueda de empleo podría estar influenciado en mayor medida por el desarrollo de una actividad económica, más que por la necesidad de ingresos económicos o que la remesa es paupérrima y obliga a las familias en México a trabajar para sostenerse económicamente.

El trabajo no remunerado de las personas adultas mayores representa una contribución importante dentro de las familias: mientras que las mujeres suelen aportar al hogar a través de “la preparación de servicios y alimentos (87.5%), [...] los hombres lo hacen a través de la administración del hogar (61.7%)” (Gutiérrez, Agudelo, Giraldo y Medina, 2016, p. 45). Estas actividades, en cierta manera, dan cuenta de la relevancia social de las personas adultas mayores al interior de las familias (nucleares o extendidas) y su reconocimiento puede ayudar a evitar el estigma de la dependencia y necesidades. Las personas adultas mayores, como todos los grupos etarios, son plurales pero estos porcentajes dan una clara tendencia hacia la utilidad social que, si bien no suele ser

---

monetario de la línea de pobreza por ingresos mensuales por persona fue de 2555.74 MXN para el área rural y de 3619.27 MXN para el área urbana.

remunerada, sí tiene una benéfica e inmediata repercusión económica al interior de los hogares.

Estadísticas por clase de hogar. El 47.9% de las personas adultas mayores viven en hogares nucleares y el 39.8% viven en hogares ampliados (INEGI, 2019). Existe una propensión a hogares intergeneracionales, resaltando las posibles convergencias de las condiciones de pobreza familiares. Las fuentes de ingresos de las personas adultas mayores, incluidos los programas gubernamentales pueden generar condiciones de riesgo de responsabilidad para las políticas públicas, esto es, que en programas como el de la pensión no contributiva, hay riesgo de que la familia incurra en explotación hacia este grupo etario para obtener el recurso económico. Por otra parte, una gran proporción de personas adultas mayores siguen económicamente activas. Cotejando esta proporción con los datos de pobreza y las pensiones contributivas, se justifica un importante riesgo económico en esta población.

Perspectiva de género. Las diferencias por ingresos establecen que “los principales ingresos de la población masculina son los beneficios gubernamentales, las pensiones o jubilaciones y los estipendios por trabajo, mientras que en la población femenina son los beneficios gubernamentales, los donativos y las pensiones” (Ham y Ramírez, 2016, p. 188).

Los ingresos son un rubro importante que permite advertir que las mujeres cuentan, en menor medida, con una jubilación por trabajo y más por pensión o viudez, de tal manera que las mujeres sin pareja quedan básicamente al amparo del beneficio gubernamental que es mínimo para depender completamente de él.

Existe un fenómeno poco visibilizado respecto a la mujer asegurada por cotización al IMSS, en caso de que ella fallezca, el varón difícilmente puede acceder a la pensión por viudez si éste no comprueba la dependencia económica hacia su pareja, situación que ya ha sido propuesta de reforma a la Ley del Seguro Social, en tanto se ha declarado una violación a la garantía de igualdad y a la garantía de no discriminación, pero que desde 2004 y hasta el 2022 no ha logrado concretarse, teniendo un efecto negativo en la economía del potencial beneficiario, así como en el ejercicio del derecho a la seguridad

que la asegurada produjo durante su vida laboral (Tesis Aislada: I.13o.T.116 L (10a.); Tesis: 2a./J. 132/2009 Semanario Judicial de la Federación)

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) evidencia la amplia diferencia por ingresos entre las personas de 60 años y más, al 2018, el ingreso promedio trimestral en los hombres fue de 21 730 MXN, mientras que en las mujeres fue de 11 533 MXN (INEGI, 2018).

Cuidado informal del adulto mayor. El *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud* (2015) indica que, debido a la falta de infraestructura a largo plazo para las personas adultas mayores, es frecuente que sea la familia quien se responsabilice de su atención: “esta situación puede requerir que otro miembro de la familia, por lo general una mujer renuncie a trabajar” (OMS, p. 7).

El cuidado informal está inclinado hacia las mujeres, en parte por cuestiones culturales y en otras porque hay una menor prevalencia de trabajo formal, lo que facilita que cambie sus actividades cotidianas por el cuidado de un familiar. Sin embargo, independientemente del género, está comprobado que los cuidadores informales tienen una merma en su salud física y mental debido al desgaste del cuidado porque, la gran mayoría de las veces, no han sido capacitados para afrontarlo.

Una respuesta institucional para atender algunas problemáticas en el cuidado informal lo ha dado el INGER, al ofrecer cursos virtuales para los cuidadores de las personas adultas mayores, al igual que una cultura del cuidado y prevención del maltrato y discriminación, esto último también lo ofrece el INAPAM. Futuros datos darán cuenta de cómo estas iniciativas están teniendo impacto entre las familias, los cuidadores y los adultos mayores, situación que permea el ámbito jurídico, salud-enfermedad, y la opinión pública.

### **3.1.3 Conceptos de vulnerabilidad social.**

En el presente capítulo se exponen algunos datos sociodemográficos que fundamentan cómo viven las personas adultas mayores en México. En el presente apartado, se exponen algunos conceptos institucionales que identifiquen y sustenten la vulnerabilidad desde una perspectiva sociodemográfica en este grupo etario.

En 2002 la Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL) publicó un estudio sobre vulnerabilidad social y demográfica en la que resaltan tres categorías para

identificar a grupos vulnerables. La primera noción de vulnerabilidad se ha usado durante mucho tiempo en el análisis y en las políticas sociales, ésta refiere a grupos de población en riesgo social:

Individuos que, debido a factores propios de un ambiente doméstico o comunitario, son más propensos a presentar conductas anómicas (agresividad, delincuencia, drogadicción), experimentar diversas formas de daño por acción u omisión de terceros (maltrato familiar, agresiones callejeras, desnutrición) o tener desempeños deficientes en esferas clave para la inserción social (como la escuela, el trabajo o las relaciones interpersonales) (CEPAL, 2002, p. 2).

Este primer concepto concentra una gama de características que podría resumir las formas cotidianamente pensadas sobre vulnerabilidad: factores ambientales, acciones y omisiones de terceros e, insuficiencia en esferas clave para la inserción social. Todas son de algún modo superables y se requiere de la participación y del ejercicio de responsabilidad del propio individuo sumado a sus redes de apoyo y al gobierno. Sin embargo, también se muestra como una vulnerabilidad arraigada a la vida de las personas, situación que no solo requiere de cambios estructurales, sino de cambios en la propia mentalidad en cuanto a cómo modificar patrones culturales.

La segunda noción de vulnerabilidad refiere a “la delimitación de segmentos de la población que, por el hecho de actuar según un patrón de conducta común, tienen mayor probabilidad de ser objeto de algún evento dañino” (CEPAL, 2002, p. 2). Como ejemplo está el comercio sexual y su exposición a enfermedades de transmisión sexual.

El patrón de conducta común adquiere todavía mayor relevancia cuando parece no referir a la persona adulta mayor o al imaginario que hay sobre ésta. Sin embargo, es relevante en tanto que permite pensar cómo la vulnerabilidad se asocia no sólo a condiciones extrínsecas, sino que puede concentrarse en conductas donde la libertad individual, la licitud de la conducta y, las preferencias personales pueden jugar un papel de riesgo al daño -recuérdese la respuesta del INSABI ante el amparo de Isidro en el primer capítulo-

Un patrón de conducta común podría ser la alimentación deficiente, no por su falta de acceso, sino por falta de nutrientes, ejemplo paradigmático es la comida chatarra y que, derivado de eso, las personas puedan desarrollar enfermedades. Otro tema controversial está en las personas que no aceptan ser vacunadas contra el SARS-CoV-2.

En los últimos dos ejemplos, la libertad y la responsabilidad tendrían un papel de análisis distinto al del comercio sexual porque los riesgos están dentro de la legalidad y porque los problemas derivados de la falta de nutrientes y del riesgo innecesario de no estar vacunado pueden generar problemas de salud pública, que trasciende a los sujetos y genera responsabilidades en el tercer nivel de análisis de la vulnerabilidad.

La tercera noción “se refiere a la identificación de colectivos que comparten algún atributo básico común [...] el que se supone que genera problemas similares” (CEPAL, 2002, p. 2). La edad, en el caso de las personas adultas mayores, constituye el colectivo que, en tanto población con alguna problemática, podría ser acreedor de programas o políticas públicas.

Esta noción es la que directamente puede hacer alusión a las personas adultas mayores, pero también es la que en cierta medida, podría justificar una distinción en tanto se pueda cuestionar, ¿cómo es que la edad genera problemas similares al colectivo de los adultos mayores? Si bien se podría justificar el uso de programas o políticas públicas, también puede ser discutible plantear algo que corresponde al ciclo de vida de la humanidad desde la perspectiva de carencias y problemáticas.

Teniendo en cuenta que la vulnerabilidad aquí contemplada es un concepto más propiamente social y político, en la bibliografía revisada se identifica más frecuentemente dicho concepto para entender su uso y utilidad en las dinámicas sociales.

En México, instituciones como el INEGI y el CONAPO cuentan con definiciones de vulnerabilidad de distinta naturaleza. Mientras que el INEGI inicialmente se inclinó por conceptos similares al de la CEPAL en 2005, después optó por otro que considera a los adultos mayores como grupo vulnerable “por ser adultos en la última etapa de la vida y aún más por tener limitación en la actividad y ser susceptibles de cuidados específicos”

(INEGI, 2014, p. 100). Esta última definición es más antropológica en tanto evoca acciones paliativas para enfrentar aquellas necesidades de cuidado propios de la edad.

Por su parte, la del CONAPO tiene una propuesta de vulnerabilidad sociodemográfica:

Vulnerabilidad expresa la cualidad de resultar dañado, para que esto ocurra es necesaria la presencia de un riesgo, es decir; la probabilidad de que ocurra un efecto adverso. Desde el punto de vista sociodemográfico, la población posee características interdependientes, que la hacen susceptible a sufrir algún daño ante las amenazas (naturales o antrópicas del entorno), por ejemplo, analfabetismo, pobreza, carencia de seguridad social, o demás atributos que inhabiliten a la población para afrontar, responder o adaptarse ante las amenazas, cuyos efectos disminuirían el desempeño social o el ejercicio de los derechos (CONAPO, 2014, párr. 36).

La diversidad conceptual va poniendo un orden epistemológico a concepciones relacionados como el riesgo, la amenaza y la adaptación, perspectiva que va en la misma línea que la propuesta de Osorio (2017). El perfil sociodemográfico en la población adulta mayor va más allá de contemplar las brechas generacionales; establece una mirada a las problemáticas para que la sociedad genere bienestar en términos amplios.

#### **3.1.4 Implicaciones sociodemográficas en las políticas públicas.**

El cómo viven las personas adultas mayores desde una perspectiva sociodemográfica, también debe posicionar el foco de atención hacia las acciones y omisiones gubernamentales, sobre los problemas públicos que afectan a este grupo etario, evidenciando la responsabilidad que asume al respecto.

A continuación, se expondrá brevemente algunas aristas de las personas adultas mayores y la relevancia de su atención gubernamental: las personas con limitaciones y discapacidad, el bajo ingreso económico, la pensión por cesantía de edad, el papel de las personas adultas mayores en el cuidado infantil, la vinculación productiva: el caso de los empacadores. Algunas de estas aristas pueden estar vinculadas con la actual pandemia por su proximidad temporal.



Las personas adultas mayores con limitaciones y discapacidad. En el caso de México, al 2018, de los 15.4 millones de este grupo etario el 11.4% vivían solos; del porcentaje anterior se desprenden dos datos: el 41.4% son económicamente activos y el 69.4% tiene alguna limitación o discapacidad (INEGI, 2019). Lo anterior implica un potencial riesgo en cuanto al:

abastecimiento, servicios públicos, cuidados, información y comunicación durante el aislamiento [derivado de la pandemia. Por tanto, se recomienda] la necesidad de cooperación entre los Estados y las empresas privadas que brindan servicios y bienes esenciales para facilitar el acceso prioritario a las personas mayores con horarios especiales para su atención (Organización de los Estados Americanos, 2020, par. 5).

Se identifica una importante proporción de las personas adultas mayores con limitaciones o discapacidades que no sólo requieren del apoyo familiar y social, sino que necesitan de una intervención afirmativa gubernamental para facilitar su vida diaria agudizada por la amenaza de la pandemia.

El gobierno contempla como población objetivo de apoyo económico a la población con discapacidad de hasta 64 años a través del programa de Pensión para personas con discapacidad (Secretaría del Bienestar, 2022). Por tanto, las personas adultas mayores a 64 años no pueden acceder a este programa, situación que puede configurar un escenario de vulnerabilidad especialmente recrudescido en las condiciones de limitación o discapacidad, así como de aquellos que viven solos.

Dentro de las acciones gubernamentales orientadas a facilitar la vida diaria de las personas adultas mayores antes de la pandemia se identifican: filas preferenciales en bancos, supermercados y aeropuertos; descuentos en impuestos; en algunos lugares, tarjetas canjeables por despensa, asesoría legal por parte del INAPAM, la pensión no contributiva, en comunidades de pobreza, programas de transferencia condicionadas (por ejemplo, apoyo económico a condición de que los beneficiarios asistan a charlas sobre el cuidado de la salud, vacunación, etc).

A partir de la pandemia se ha identificado su priorización de la vacunación contra la COVID-19, adelantos bimestrales de la pensión no contributiva y horarios especiales en supermercados para evitar el contacto con mucha gente. ¿Dichas intervenciones generan empoderamiento o resiliencia en las personas adultas mayores? Sin duda constituyen facilidades en su vida diaria, pero da para pensar en acciones eficientes de especial interés para este grupo etario.

El bajo ingreso económico. Según la ENIGH 2018, el ingreso promedio trimestral monetario, evidencia que el grupo de 60 años y más, es el que menos gana entre los rangos de edades de 20 a 59 años, los adultos mayores tienen un ingreso promedio mensual de 5543 pesos (INEGI, 2018, diapositiva 26).

Durante la pandemia, la principal acción gubernamental para el empoderamiento económico de las personas adultas mayores ha sido implementar en tres ocasiones adelantos de pago de la pensión no contributiva, esta medida extraordinaria, tuvo como objetivo que este grupo etario pudiera resolver sus necesidades básicas sin salir de casa.

El bajo ingreso económico como riesgo para generar una situación de pobreza arrastra a todos los grupos etarios. Los porcentajes nacionales de pobreza y pobreza extrema son similares entre la población general (41.9% y 7.5%) y las personas adultas mayores (41.1% y 6.8%) (CONEVAL, s.f.), corroborando que los riesgos de pobreza no son exclusivos de un grupo etario, sino que están generalizados en la población mexicana.

Un ejemplo de lo anterior, es que en la población de 65 años y más, “la incidencia de pobreza [...] es ligeramente menor a la del resto. Esto se explica por factores como la acumulación de activos en el curso de vida, lo que resulta en mayor probabilidad de vivienda propia, y el acceso a mecanismos de protección social, como las pensiones contributivas por retiro, entre otras particularidades” (CONEVAL, s.f.). Por tanto, en el problema público del riesgo de la condición de pobreza requiere observar si la protección social de las pensiones contributivas pueden ser una apuesta viable y eficiente para empoderar a la población.

Pensión por cesantía de edad. En México la Ley del Seguro Social de 1973, permitía acceder a una pensión de Cesantía de Edad Avanzada a partir de los 60 años cumplidos

y 500 semanas de cotización. Posteriormente, con la aparición de la Ley de Seguro Social de 1997, se estableció un mínimo de 1,250 semanas de cotización como requisito para obtener una pensión; finalmente en la reforma del año 2021 se reduce este requisito de semanas cotizadas de 1250 a 750, este nivel mínimo transitorio se incrementa anualmente en 25 semanas hasta alcanzar un mínimo permanente de 1000 semanas a partir de 2031. Lo anterior, aunado a que hay una alta prevalencia de cotización con el monto mínimo, ha precarizado el estilo de vida de muchas personas, con aproximadamente 2500 pesos al mes de pensión contributiva.

El futuro de todos los grupos etarios es sombrío, en el sentido de que una falta de pensión contributiva o de ingresos que no permitan realizar las necesidades básicas como la alimentación, el vestido, la vivienda, entre otros; representa una amenaza a su calidad de vida. Los riesgos se expresan a través de la exclusión del sistema productivo por cesantía laboral o no ser contratado por razones de edad, al demeritar la fuerza de trabajo de las personas adultas mayores porque se piensa que no deben o no pueden laborar, porque su deber es quedarse en casa, incluso tomando papeles del cuidado de los más pequeños del hogar o teniendo que valerse únicamente con la pensión no contributiva federal.

El papel de las personas adultas mayores en el cuidado infantil. Se pueden crear algunos vicios sobre el rol social de las personas adultas mayores para la justificación de algunas políticas públicas, tal es el caso de la polémica desaparición del Programa de estancias infantiles para madres trabajadoras.

El entonces secretario de Hacienda Carlos Urzúa, propuso la posibilidad de que los abuelos pudieran cuidar de los nietos y que gubernamentalmente hubiera una remuneración, un incentivo mensual de 800 pesos por niño para que pudieran destinarlo al mejor cuidado de los menores, entre ellos, se menciona que los abuelos pudieran recibir ese dinero por hacerse cargo del cuidado de los niños (Presidencia de la República, 2019; Índigo staff, 2019).

Lo anterior podría abrir oportunidades de convivencia y de remuneración hacia las personas adultas mayores, sobre todo para los más desfavorecidos económicamente y

que residen en la misma casa; por otra parte, podría generar una obligación social y familiar sobre una actividad con la que no estén de acuerdo, situación que, ante la falta de las estancias infantiles, podrían generar una presión injusta (vulnerabilidad) hacia los adultos mayores, en tanto ya había un programa gubernamental que atendía el problema público. Finalmente, la propuesta no se concretó como acción gubernamental destinada a solventar el problema público del cuidado de niños con madres trabajadoras, siendo las personas adultas mayores un grupo evocado a paliar el problema. Actualmente, el incentivo económico se deposita mensualmente a la madre trabajadora en una cuenta asignada por el gobierno.

Datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) muestran que en el 2012 el 24.4% de las personas adultas mayores de 50 años cuidaban a niños menores de 12 años, mientras que para el 2018 incrementó al 28% (Diapositiva 20, ENASEM, 2018). Una importante proporción de esta población hace uso de su tiempo en esta actividad que juega un rol importante sobre el uso del tiempo para el esparcimiento, pero también para la convivencia familiar. Las actividades de cuidado podrían haberse incrementado dramáticamente durante la pandemia de manera voluntaria o no. Los hogares intergeneracionales se han reconfigurado en función de sus actividades dentro del hogar, así como de las prioridades que asignan para su funcionamiento.

Dentro de las posibles consecuencias que se infiere por considerarlas cuidadoras, es que constituye una carga pesada o indeseable para las personas adultas mayores, lo anterior pudo haber sido recrudescido por la desaparición de las estancias infantiles y la viabilidad de cuidadores en casa que el gobierno vislumbró en ellas; lo cual tampoco sule el cuidado y la atención que las estancias podrían ofrecer a los niños. Además, no todas las personas adultas mayores son abuelos, ni están en condiciones de cuidar a niños, ni viven cerca de su familia. Dichas variables, de alguna manera, estigmatizan a las personas adultas mayores como cuidadoras, cuando sus circunstancias o decisiones indican rutas distintas a las estimadas.

Vinculación productiva. Un ejemplo paradigmático lo constituyen las personas adultas mayores empacadoras en algunos supermercados que, a partir de la pandemia, tuvieron que dejar dicha actividad. Para algunas representó el cierre de una actividad de

convivencia, pues no tenían necesidad económica; para otras sí representó una merma a su economía que difícilmente podrían cubrir con otra actividad. Esta situación tiene especial relevancia porque constituye uno de los convenios del INAPAM con empresas de mayor éxito con el objetivo de inclusión social y actividad económica voluntaria.

También fueron mediáticas las situaciones de algunas personas adultas mayores que tuvieron que parar dicha actividad por la pandemia o que se posicionaron en contra del comunicado de Walmart<sup>17</sup> al anunciar que, derivado de la contingencia sanitaria, las preferencias de los clientes eran que sus productos no fueran tocados por terceros, por tanto, no renovarían el convenio con el INAPAM (Índigo Staff, 2021). Finalmente, Walmart accedió a continuarlo por la presión social, la presión gubernamental y el gran impacto en la vida de los empacadores que representa continuar con el convenio (INAPAM, 2021).

La resolución del caso anterior constituye un ejemplo de empoderamiento de un grupo de adultos mayores al exponer su inconformidad ante el posicionamiento empresarial de no reintegrarlos como empacadores por la situación de la pandemia. La proyección mediática sobre su situación (Laureles, 2021) ayudó a la presión gubernamental por una intervención gobierno-institución privada, dando como resultado un cambio favorable para una situación que era problemática para las personas adultas mayores y que no podían resolver por sí mismos (problema público).

Espacios de convivencia. Éstos se restringieron drásticamente durante el confinamiento, con el paso del tiempo, generó cierta flexibilidad de movilidad, derivando en la gestación de conceptos como “fatiga pandémica” (OMS, 2020), cuya recomendación internacional ha sido que los gobiernos entiendan y atiendan la fatiga social de sus países para evitar conductas que afecten al bien común.

En el plano nacional, el subsecretario de promoción de la salud anunció que, aunado a la vacunación y en especial para quienes están en situación de mayor escasez de recursos, no se podía “forzar las cosas y que la gente siga sufriendo la adversidad social y económica, [...teniendo] consecuencias económicas generales para el país”

---

<sup>17</sup> Es la cadena de supermercados con más tiendas, representando casi la mitad del padrón, esto es, 38 500 adultos mayores de empacadores voluntarios registrados en el convenio del INAPAM

(Presidencia de la República, 2021b). Dicho posicionamiento gubernamental, para algunos fue lo más deseable y para otros fue un acto irresponsable por parte del gobierno ante la presencia de variantes como la Delta que es más contagiosa y rápidamente extendida en el tercer repunte de casos a julio de 2021.

Otro aspecto de consideración en los espacios de convivencia son los hogares intergeneracionales, que pueden constituirse con lazos familiares de cariño, pero también por necesidades económicas y de vivienda. Durante la pandemia, los hogares intergeneracionales constituyen un riesgo para la infección del SARS-CoV-2, ya sea porque conviven de manera cercana distintas generaciones y algunos miembros son los que salen a trabajar, ya sea que la convivencia con niños puede generar un contagio silencioso en tanto que estos últimos es más común que sean asintomáticos o presenten síntomas leves o, que el contacto físico sea más cercano a través de la convivencia cotidiana.

Sobre este último caso, Guibilini, Savulescu y Wilkison (2020) teorizaron sobre la pertinencia de primero vacunar a los niños para que los grupos más susceptibles de agravar y morir fueran indirectamente protegidos, situación aplicable al contexto de las personas adultas mayores. Si bien esto constituyó sólo un ejercicio teórico, da para pensar en las oportunidades del bien común, donde no necesariamente tiene que haber un efecto directo de beneficio o merecimiento para que el resultado sea satisfactorio en términos poblacionales.

A continuación, se muestra la Tabla 3 que sintetiza las amenazas, los riesgos y las circunstancias de empoderamiento producto del análisis del contexto sociodemográfico que tienen impacto en los adultos mayores antes y durante la pandemia.

**Tabla 3**

*Identificación de las amenazas, los riesgos y las circunstancias de empoderamiento en el contexto sociodemográfico de las personas adultas mayores*

<b>Amenaza</b>	<b>Riesgo</b>	<b>Empoderamiento</b>
Hogares intergeneracionales	Mayor probabilidad de infección de SARS-CoV-2	

	Posible indicador de pobreza	Posible cuidado informal y apoyo económico familiar
Pobreza	Falta de seguridad social Falta de servicios de salud por parte del trabajo Falta de seguridad alimentaria Falta de pensión con un monto mínimo que permita vivir dignamente	Pensión no contributiva con adelanto de 3 bimestres durante la pandemia
Proceso de envejecimiento poblacional	Riesgo de explotación por la obtención ajena a la pensión no contributiva Más años de vida, pero con más limitaciones y enfermedades	Previsión institucional y gubernamental sobre la atención preventiva
	Dependencia económica sin pensión contributiva	Pensión contributiva
		Reconocimiento y ejercicio institucional y gubernamental como sujetos de derechos
Limitación o discapacidad	Dificultad de abastecimiento, servicios públicos, cuidados, información y comunicación durante el aislamiento por pandemia	Redes de apoyo
	Falta de infraestructura para facilitar la movilidad dentro y fuera de su casa	Ciudad amigable con las personas mayores (1)
		Acceso prioritario e información gubernamental y de empresas de servicios y bienes esenciales: filas preferenciales, descuentos y exenciones, tarjetas canjeables por despensas, asesoría legal, pensión no contributiva, programas de transferencia condicionada, priorización de vacunación
	Necesidad económica	

Merma de la inclusión social y la actividad económica voluntaria	Cierre de espacios de convivencia	Presión social y gubernamental hacia la empresa y la renovación del convenio
	Fatiga pandémica	

Nota. (1) “deben tener espacios al aire libre y edificios accesibles; vivienda que facilite la autonomía e independencia de los adultos mayores; servicio de transporte seguro, respetuoso y accesible; capacitación y opciones de empleo; oferta de servicios de salud, planificación y cuidado para emergencias; y estrategias de comunicación que consideren a este sector de la población” (INAPAM; 2018, párr. 8). En México, al 2018, solo Guadalajara cuenta con esta distinción.

Al principio del capítulo 3, se anticiparon las vulnerabilidades sociodemográficas en las personas adultas mayores en México; habiendo expuesto el escenario general de amenazas, riesgos y empoderamientos en la Tabla 3, ahora puede configurarse el fundamento del vínculo amenaza-riesgo-vulnerabilidad que está sintetizada en la Tabla 4.

**Tabla 4**

*Identificación del escenario de vulnerabilidades sociodemográficas en el tercer nivel de análisis*

<b>Amenaza</b>	<b>Riesgo</b>	<b>Vulnerabilidad</b>
Pobreza	Falta de seguro social	Desigualdad
	Falta de seguridad alimentaria	
	Falta de seguro de salud	
	Falta de pensión con un monto mínimo digno	
	Dependencia económica	
Limitaciones o discapacidades	Dificultad de abastecimiento, cuidados, información y comunicación	Aislamiento, exclusión social y reforzamiento del riesgo de caídas
	Falta de infraestructura para facilitar la movilidad dentro y fuera de casa	
Merma de la inclusión social y actividad económica voluntaria	Necesidad económica	Aislamiento, exclusión social y reforzamiento del sentimiento de abandono
	Cierre de espacios de convivencia	
	Fatiga pandémica	



Por lo tanto, en el contexto sociodemográfico de las personas adultas mayores en México, las vulnerabilidades concluyentes se generan principalmente a través de las carencias económicas, aunque también resalta los riesgos de la falta de infraestructura para la movilidad y la necesidad de convivencia presencial como parte de la salud mental.

### **3.2 Perspectiva desde la salud-enfermedad**

Este apartado atenderá algunas esferas las personas adultas mayores en su dimensión corporal como son la biológica y la funcional y, desde la dimensión subjetiva, se atenderá la perspectiva psicológica, de ahí que el título se señale como salud-enfermedad, pues justamente el rango entre estas dos condiciones son las que abren un abanico de posibilidades de análisis.

El cómo debemos vivir (ética) también está impregnado por el cómo creemos que debemos llevar un estilo de vida para conservar una salud óptima, evitar el desgaste o la merma de la salud (enfermedades, accidentes, etc.). En el caso de la vejez y el envejecimiento, la pluralidad de esta etapa se despliega conforme avanzan las investigaciones en medicina, gerontología, psicología, etc.

Es reiterado el hecho de que el creciente envejecimiento mundial es un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo mundial pero, por otra parte, también es un foco de atención sobre cómo mejorar o mantener la salud y la funcionalidad de su población como curso de vida.

Aunado a lo anterior, en el contexto de la pandemia, se han modificado los usos y costumbres que impactan directamente en las formas de vivir de la población, situación que el grupo de adultos mayores ha manifestado en sentido positivo como negativo, tal como se sigue exponiendo en el presente capítulo.

Se anticipa que las vulnerabilidades desde la salud-enfermedad identificadas en la investigación fueron: discapacidad y muerte; fatiga pandémica, cambio negativo de trato y merecimiento hacia las personas adultas mayores y; pendiente resbaladiza hacia la discriminación en las áreas de la salud, lo social y lo jurídico.

Lo anterior, requirió un proceso de búsqueda de información y análisis que se irá desglosando para justificar cómo es que se llegó a identificar los escenarios de amenaza, riesgo, empoderamiento y vulnerabilidad. Algunas de estas aristas están vinculadas con la actual pandemia por su proximidad temporal.

### **3.2.1 Fragilidad fisiológica en el envejecimiento.**

Uno de los juicios sociales más recurrentes hacia las personas adultas mayores es la idea de que su vitalidad, su fuerza física y mental están disminuidas respecto a la población más joven. Desde una perspectiva fisiológica, la etapa del envejecimiento puede explicarse como un proceso que puede apoyar o corregir dichos juicios en el imaginario social.

En lo que refiere a la salud-enfermedad, se indaga cómo viven y de qué mueren las personas adultas mayores. Algunos datos torales para entenderlo son: el ciclo vital, el envejecimiento, la fragilidad, las limitaciones funcionales, las causas de muerte, la morbilidad, las redes de apoyo y su relación con la salud mental, los trastornos neuropsiquiátricos, la feminización de la vejez y el paternalismo médico.

El ciclo vital. El primer aspecto a considerar es que la vejez es parte del ciclo de vida, esperado en todas las personas. Negar la vejez sería negar la naturaleza de la propia vida -nacer, crecer, morir- y encuentra explicación teórica a través del curso de vida. Dicho concepto constituye un paradigma que introduce las experiencias de vida en las distintas generaciones, donde los riesgos físicos y sociales a lo largo de la vida modelan una vida lozana, limitada o con riesgos de enfermedades, dolor e incluso de una muerte temprana.

Desde una perspectiva del ciclo vital, esto es, contemplando todos los grupos de edad, las limitaciones y la fragilidad son resultado de un cúmulo de eventos y no propiamente de la edad cronológica. La OMS la define como un enfoque que

pone de relieve la perspectiva temporal y social, permite examinar retrospectivamente las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones para encontrar las claves de las características de su estado de salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que las experiencias tanto pasadas como presentes están determinadas por el entorno social, económico y

cultural. En epidemiología, la perspectiva del ciclo vital se está utilizando para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida. El objetivo es identificar los procesos biológicos, comportamentales y psicosociales fundamentales que intervienen a lo largo de la vida (Kuh y Ben-Shlomo citado por OMS, 2000, p. 4).

Lo anterior confirma, que los actos y omisiones a lo largo de la vida, dejan huella en cómo podrá ser enfrentada durante la etapa de la vejez, de ahí su relevancia en la medicina, la epidemiología, la bioética, entre otros.

El envejecimiento. En términos biológicos es

un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado (Mendoza y Martínez, 2013, p. 262).

Este concepto concentra una serie de mecanismos biológicos que experimenta el cuerpo en forma de cambios en la que no todos conllevan desgaste. La respuesta homeostática refiere a la capacidad adaptativa del organismo para mantener un funcionamiento adecuado, ya sea: en su estructura o sistema; en su funcionamiento; en su composición o reacciones químicas y; en sus modificaciones psicológicas. Está influenciada por diversas causas como son el estilo de vida o los factores psicológicos.

Un ejemplo del mecanismo de la respuesta homeostática, se expresa ante los factores negativos de vivir en una ciudad con mala calidad de aire y el estrés que genera el transportarse en las grandes ciudades; cuando se presenta una exposición continua a estos factores, se puede generar una deficiencia en la respuesta adaptativa del organismo y dar paso a enfermedades, ya sean infecciosas o crónicas-degenerativas.

Por otra parte, la hormeosis se refiere al proceso adaptativo seguro ante los cambios físicos, psicológicos y sociales. Por ejemplo, que ante la misma ciudad contaminada y con un alto índice de estrés, la persona disponga de mecanismos graduales como el ejercicio moderado y adecuado para fortalecer la homeostasis y promover un envejecimiento biológicamente saludable.

El proceso de la hormeosis no exime de los cambios inherentes a la edad, que los autores sitúan aproximadamente a los 45 años, ya que en términos biológicos la mayoría de los aparatos y sistemas presentan una disminución de la respuesta homeostática (Mendoza y Martínez, 2013). Lo anterior puede verse apoyado por la definición de la edad biológica que el INGER la identifica según “el grado de deterioro de los órganos” (INGER, 2022). En el ciclo vital de las personas, puede identificarse cierta resiliencia biológica - hormeosis- dado que su funcionamiento biológico presenta inevitablemente un desgaste acentuado por la edad a partir de los 45 años.

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo que cuenta con mecanismos de valoración integral para esta etapa etaria como la Valoración Geriátrica Integral (VGI) que analiza la dependencia desde la perspectiva biológica, psicológica y social. Su objetivo es lograr un bienestar desde la valoración clínica (con entrevista clínica y exploración clínica integral), social (del estado cognitivo afectivo), factores de riesgo (incluyendo características sociodemográficas) y funcional (medición de Actividades Básicas de la Vida Diaria y de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria).

La fragilidad. Es un concepto complementario a la VGI, pues constituye un rubro inmanente en los adultos mayores, mientras que nociones como la dependencia económica o las limitaciones funcionales son circunstanciales. La fragilidad es una condición íntimamente relacionada con el envejecimiento desde el ciclo vital y es un concepto usado frecuentemente en el área médica. El área gerontológica del Instituto Nacional de Geriátrica la define como

una condición que disminuye la capacidad de responder a factores estresantes y aumenta la vulnerabilidad a desenlaces desfavorables tales como la muerte, la discapacidad y la dependencia. Además, incrementa el uso de servicios de salud

(urgencias, residencias geriátricas, hospitalización, entre otros). La prevalencia de fragilidad oscila en 20% alrededor del mundo, mientras que las personas mayores mexicanas alcanzan una prevalencia de 21.6% (Gutiérrez, Agudelo, Giraldo y Medina, 2016 p. 24).

La Figura 4 muestra los grados de manifestación de la discapacidad y la fragilidad, respecto al acúmulo de años vividos (propio de la discapacidad de inicio temprano), puede seguirle una enfermedad subclínica, esto es, una enfermedad sin señales visibles o muy leves; es la etapa de transición a un estado de fragilidad, que finalmente puede desarrollar discapacidad o incluso la muerte. Este parámetro que va de estar libre de fragilidad a la muerte permite tener cierta certidumbre respecto los límites de la fragilidad en el área clínica.

#### Figura 4

##### *Proceso de fragilización y discapacidad*



Nota. Fuente Gutiérrez, Agudelo, Giraldo, y Medina (editores). (2016). Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. Instituto Nacional de Geriátrica. México. p. 49

Datos del ENASEM indican que los adultos mayores en México tienen un estimado del 25% de prevalencia de fragilidad. Esto se traduce en un 37% mayor riesgo de caídas, además de un 50% más de uso de servicios médicos durante el último año de vida. Por otra parte, se reconoce que una evaluación de la fragilidad permite intervenciones específicas para cada caso, la actividad física adecuada impacta en detrimento de la

fragilidad, así como el control de enfermedades crónicas, la prevención del estrés del cuerpo a través de la vacunación, pueden generar una resiliencia del cuerpo frente a la fragilidad (ENASEM, 2020).

¿La fragilidad clínica podría constituir un criterio de vulnerabilidad? De acuerdo a las justificaciones teóricas expuestas en el capítulo 1, sí podría constituirse como vulnerabilidad si se piensa desde un sentido ontológico; dicha vulnerabilidad abrazaría la finitud del individuo desde su nacimiento hasta su muerte, la labilidad de pasar de la salud a la enfermedad, de lo sano a lo patológico, de la no limitación a la muerte, evidencia el valor de la vida y el valor de vivir lo más íntegramente posible, más no eliminando las condiciones de susceptibilidad y de fragilidad clínica.

Otra forma de responder a la pregunta, según Tarasco (2015), es que en sentido estrictamente clínico no hay cabida a la vulnerabilidad, pues lo que se combate es la enfermedad, la fragilidad; mientras que la vulnerabilidad queda en un terreno más social y político. La postura personal coincide con esta última respuesta, por tanto, la fragilidad constituye un riesgo, pero no se identifica como una vulnerabilidad en su tercer nivel de análisis.

Es pertinente resaltar que, en términos de salud pública, en las políticas institucionales y gubernamentales (cf Figura 1), lo clínico puede tener cabida en lo social y lo político. El ejemplo de Isidro (cf apartado 1.5) muestra cómo un caso individual puede escalar al análisis de vulnerabilidad en su tercer nivel; se relata cómo el paciente pasa de una enfermedad subclínica a la proximidad de la muerte ante el diagnóstico de cáncer terminal. Dicha discapacidad es evidenciada por las instituciones como propia del inicio tardío, abonada por un estilo de vida poco saludable, cuyo acúmulo de eventos en el curso de vida han llevado a una vida limitada y muy frágil.

Las limitaciones funcionales. Datos del INGER al 2010 identifican que, del total del rubro de 7 limitaciones en la población en México, las aproximaciones correspondientes para las personas adultas mayores son: el 60% para caminar o moverse, el 45% para ver, el 65% para escuchar, el 20% para hablar o comunicarse, el 65% para atender el cuidado personal, el 20% para poner atención o aprender, y el 15% para la limitación mental.

Estos porcentajes tienen algunas variaciones según el quinquenio posterior a los 60 años<sup>18</sup>, sin embargo, llama la atención cómo hay una marcada limitación para las actividades de cuidados personales, la escucha y la movilidad.

Se refuerza el concepto de envejecimiento que, según Mendoza y Martínez (2013), se identifica con una disminución de la respuesta homeostática, donde hay un desgaste sobre todo en la parte funcional más que en la mental. Es así como de manera objetiva, la información anterior puede guiar las decisiones institucionales y gubernamentales sobre las tendencias en las necesidades del grupo de los adultos mayores. Todas las limitaciones pueden afectar de manera profunda a cada paciente y la atención clínica debería ser diagnosticada y atendida en cada caso.

La esfera funcional es de especial relevancia en cuanto a las limitaciones y la posible dependencia de las personas adultas mayores (Mendoza y Martínez, 2012, p. 219) pues constituye la independencia más inmediata que corresponde al propio cuerpo, así como de la capacidad de poder moverse en el propio hogar. La tendencia es al alza en el número de limitaciones, sin embargo, también llama la atención que es posible recuperarse de la discapacidad en aproximadamente un 60% en un periodo de dos años, lo que invita al énfasis en políticas públicas de prevención de discapacidades, en asesoría de quienes cuidan de las personas adultas mayores y, en servicios de rehabilitación (ENASEM, 2020).

Con base en las tendencias puede reflejarse la potencialidad de los temas más urgentes. En el contexto de la pandemia, las limitaciones o discapacidades cobran especial relevancia; por ejemplo, las limitaciones físicas para el correcto lavado de manos, la información veraz y actualizada para personas invidentes, que además necesitan del contacto físico con las cosas para poder desplazarse.

Las distintas limitaciones ponen en mayor dificultad el acceso a los servicios de salud (Centro Latinoamericano Caribeño de Demografía, 2020, párr. 18), ejemplo paradigmático en el contexto de la vacunación contra la COVID-19, evidenció que

---

<sup>18</sup> Por ejemplo, el quinquenio de 60-64 años está libre de limitación en casi el 88% al 2010 mientras que el quinquenio de 85 y más está libre de limitación en 52%. Fuente INGER.

aquellos con limitaciones para moverse, representó un gran esfuerzo desplazarse hacia los puntos de vacunación, situación exacerbada en aquellos que vivían solos.

Las causas de muerte. Para el 2019, la población de 65 años y más registró como principal causa de muerte las enfermedades del corazón, seguida de la diabetes mellitus y tumores malignos (INEGI, 2020<sup>a</sup>). En cuanto a los datos registrados durante la pandemia, en 2020, la población de 65 años agregó la COVID-19 a las principales causas de muerte, ocupando el segundo lugar (INEGI, 2020b, p. 18) y continuando en el 2021 (INEGI, 2022)

**Tabla 5**

*Muerte por COVID-19 en la población de 35 años y más*

<b>Año</b>	<b>35-44 años</b>	<b>45-54 años</b>	<b>55-64 años</b>	<b>65 y más</b>
<b>2020</b>	1° / 13 511	1° / 32 391	1° / 51 569	2° 96 762
<b>2021 (enero a junio)</b>	1° / 9558	1° / 22 289	1° / 35 789	2° 73 609

Nota. Adaptado de INEGI, 2020b e INEGI, 2022c.

Por grupos de edad, fue el rubro de 35 a 64 años quienes tuvieron como principal causa de muerte la COVID-19, situación que toma distancia de los datos internacionales, donde el grupo de adultos mayores coincide con la mayor cantidad de muertes por grupos etarios:

es cierto que en México, al igual que en otros países, el grupo de edad en el que se registraron más defunciones fue el de 65 años o más; proporcionalmente, el grupo más afectado ha sido el de 45 a 64 años (63.9%, exceso), lo que difiere con otros países europeos en donde el grupo con mayor exceso relativo ha sido el de 65 años o más; esto puede deberse a la alta prevalencia de comorbilidades en la población de adultos jóvenes que puede incrementar la mortalidad en este grupo etario (Palacio, Wheatley, Ordóñez, López, López, Hernández y Hernández, 2021, p. 219)



En México, el exceso de mortalidad registrado desde el inicio de la pandemia sitúa primero al grupo etario de 45-64 años con el 71%, seguido del grupo de 65 y más con el 42% (Grupo interinstitucional para la estimación del exceso de mortalidad por todas las causas, 2021, p. 13). Sin embargo, puede haber un motivo importante para considerar a las personas adultas mayores antes que a otros grupos sociales: la política pública está basada en la recomendación del Grupo Técnico Asesor de Vacunación COVID-19, esto es, un grupo de expertos de diferentes áreas de estudio que han concluido que es la mejor estrategia, corroborando su posicionamiento en enero de 2021.

Hasta febrero de 2021, la COVID-19 fue considerada la principal causa de muerte en México en todos los grupos etarios (UCSF, 2021, p. 6) y la primera causa de muerte a nivel nacional (INEGI, 2022, p. 1). Por tanto, la cautela sobre los datos de exceso de mortalidad gira la atención a la población adulta, quienes también tienen una mayor proporción como grupo económicamente activo, que suele desplazarse en transporte público, que no ha contado con apoyo gubernamental para quedarse en casa y cuya prioridad para la vacunación fue menor.

La morbilidad. Entre las principales enfermedades se identifican las infecciones respiratorias agudas, las infecciones en vías urinarias y, las infecciones intestinales -por otros organismos y las mal definidas- (Secretaría de Salud, 2019), para el 2020, se agregó la COVID-19 como la tercera causa de enfermedad (Secretaría de Salud, 2020).

Al hacer una búsqueda más exhaustiva que se vincula con la parte psicológica, se resalta la morbilidad por depresión que, al 2019 contabilizó 20 884 casos (Secretaría de Salud, 2019) y al 2020 con 12 419 casos (Secretaría de Salud, 2020), mientras que por violencia intrafamiliar al 2019 registró 3 732 casos (Secretaría de Salud, 2019) y al 2020 reconoció 1 221 casos (Secretaría de Salud, 2020).

La obesidad también es un factor de consideración, no sólo por su alta prevalencia en la sociedad mexicana, sino por el impacto en la salud:

La obesidad afecta la calidad de vida y contribuye al aumento de la discapacidad de los adultos mayores [...incrementa el riesgo de caídas u osteoartritis, además del aumento del] riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares al

predisponerlos a tener diabetes, colesterol alto y presión arterial alta (ENASEM, 2019).

Las estadísticas para la población mayor de 50 años son de un 45% con sobrepeso y un 23% con obesidad. Sin embargo, es un problema que se arrastra desde edades más tempranas y, por tanto, las políticas públicas deberían enfocarse en el tema desde la niñez a través de un estilo de vida saludable y detección temprana de riesgos y amenazas para la salud (ENASEM, 2019).

Redes de apoyo y salud mental. Los determinantes sociales de la salud se extienden a ámbitos socialmente incómodos como es evidenciar a una población adulta mayor, física y mentalmente dañada, por quienes deberían constituir sus redes de apoyo.

Ejemplo de lo anterior son los resultados del ENASEM en el 2020, registrando que los adultos mayores cuentan con redes sociales y familiares, pero también reportan porcentajes considerables de soledad en aproximadamente el 42% y de depresión, que oscilan en un 31.7 % entre los 60-79 años y en 47.6 % en más de 80 años (ENASEM; 2020b). Situación que puede estar relacionada con los cambios sociodemográficos donde las familias pueden estar separadas geográficamente, debilitando la red de apoyo presencial, donde la comunicación virtual no ha podido suplir el contacto presencial.

Trastornos neuropsiquiátricos. Los más comunes a nivel nacional -que a su vez coinciden con la prevalencia internacional- son la depresión y la demencia<sup>19</sup>. Sobre esta última, el Alzheimer es el subgrupo que más afecta a las personas adultas mayores. Teniendo en cuenta que la salud mental constituye un puente entre la salud física y la psicológica, éstas pueden derivar en discapacidades, algunas de ellas evitables y atendibles de ser diagnosticadas oportunamente.

---

<sup>19</sup> La demencia es un síndrome -generalmente de naturaleza crónica y progresiva- caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. Afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el sentido de la realidad [...] Aunque la demencia afecta principalmente a los ancianos, no es una consecuencia inevitable del envejecimiento (OMS, 2021, párr. 1 y 4)

La feminización de la vejez. Constituye un hecho que plantea algunas diferencias por sexo sobre cómo viven las personas adultas mayores: las mujeres viven más años, pero también enferman más. De acuerdo con la ENASEM, la Tabla 6 presenta algunas de las diferencias más recientes en esta población.

**Tabla 6**

*Diferencias en la atención y presencia de enfermedades y fragilidades por sexo en la población adulta mayor mexicana*

<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
Mayor probabilidad de diabetes, depresión, obesidad y enfermedades respiratorias	Mayor probabilidad de haber fumado
Cuando presentan una mayor discapacidad es mayor la probabilidad de que amigos o vecinos las ayuden	Mayor probabilidad de enfermedad cardíaca
En mayores de 80 años, menor probabilidad de vacunación contra la influenza y neumonía	Menor probabilidad de recibir vacunas de influenza y neumonía
Mayor desarrollo de limitaciones físicas, discapacidad, deterioro y fragilidad	En mayores de 80 años, mayor probabilidad de enfermedades respiratorias
Las mujeres en el grupo de ingresos más bajo tienen 3 veces más probabilidad de ser obesas	En mayores de 80 años, mayor probabilidad de amigos que los puedan apoyar

Fuente: Adaptación de ENASEM, 2019, 2020<sup>a</sup>, 2020b y 2020c.

Paternalismo médico. Se deriva de algunos vicios en la interacción social entre la familia y los profesionales de la salud, al no informar o dejar tomar decisiones de tratamiento o intervenciones a los pacientes adultos mayores, por considerar limitada su capacidad mental o considerar anticipadamente que habrá un rechazo del tratamiento o una inconsistencia en las tomas de decisiones, por lo tanto, familia y profesionales de la salud pueden ocultar o tergiversar información sobre el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

Lo anterior constituye una amenaza a la autonomía de las personas adultas mayores, si éstos disponen de la competencia y la voluntad para tomar sus propias decisiones en el

ámbito clínico y abona a un sentido de discriminación por costumbres sociales sobre la imagen de éstos.

Los rubros antes señalados permiten tener un panorama de la salud-enfermedad desde una perspectiva biológica. Si bien estos datos y conceptos no agotan el rubro de salud en las personas adultas mayores, sí permiten tener un marco general sobre las tendencias y algunas relaciones de la salud biológica con la salud mental.

A continuación, se hará una breve exploración sobre cómo los sentimientos y las emociones tienen implicaciones profundas en la salud y la enfermedad, esto, a través de las tendencias de las personas adultas mayores en México, lo que permite tener un panorama sobre las problemáticas y sobre las oportunidades para mejorar la salud mental.

### **3.2.2 Perspectiva de la salud-enfermedad desde la psicología social.**

El INGER identifica la edad psicológica como aquella que “representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación” (INGER, 2022). En el caso de las personas adultas mayores, pueden darse tres ejemplos al respecto: desde la perspectiva sociodemográfica, la jubilación laboral puede derivar en sentimientos de tristeza o depresión, pero también de satisfacción personal por haber concluido la etapa laboral y ser sujeto de una pensión; desde el ámbito social, que los hijos logren su independencia no sólo reduce los gastos del hogar, sino que posibilita que el rol familiar de los padres entre en conflicto, a pesar de la satisfacción por haber concluido una etapa en el ejercicio de la paternidad; desde el ámbito clínico, el desgaste propio de la edad puede generar impotencia al no poder desarrollar las actividades como se estaba acostumbrado, al posible incremento de enfermedades o discapacidades tendría que replantearse el estilo de vida y sus cuidados por el resto de esta, ¿cómo explicar actitudes tan distintas?

El comportamiento de las personas, más allá del funcionamiento y cambios biológicos, se puede diferenciar en funciones cognitivas o intelectuales y en afectivas. Las funciones cognitivas pueden presentar desde etapas tempranas cierto enlentecimiento, o menor eficacia en su funcionamiento (Fernandez, 2004), la consecuencia de lo anterior es que

se requiera más tiempo para adoptar y ejecutar ciertos aprendizajes sin que implique una merma en la capacidad intelectual. Por su parte, la función afectiva (sentimientos y emociones), a través del curso de vida, de la interacción social, puede generar tanto un incremento de enfermedades o discapacidades, así como actitudes de resiliencia.

Investigaciones sobre la autopercepción de las personas adultas mayores señalan que la salud mental está muy relacionada con la salud física; ya sea en la sub-representación de la enfermedad (Garay y Ávalos, 2009) o en la relación de la depresión y el estrés con la mortalidad prematura (Steptoe, Deaton y Stone, 2014), resaltando el concepto de “bienestar subjetivo”. Según Steptoe, Deaton y Stone está constituido por la evaluación del bienestar (o satisfacción con la vida), el bienestar hedónico (sentimientos de alegría, tristeza, ira, el estrés y el dolor), y el bienestar eudaimónico (sentido de propósito y significado de la vida).

Se ha evidenciado la relación entre la edad y el bienestar: en la edad mediana (adulthood) se encuentra su punto más bajo. Lo anterior puede explicarse a través de que es usual apostar por trabajar y ganar más dinero, incluso a costa del bienestar en el presente; mientras que uno de los puntos más altos se identificó en los adultos mayores (Rice, Löckenhoff y Carstensen, 2002, p. 147).

La teoría de la selectividad socioemocional podría explicarlo a través de que a la persona adulta mayor se le adjudica una mayor sabiduría emocional que hace valorar los eventos y amistades emocionalmente más satisfactorios, de tal manera que crean una resiliencia emocional que los lleva a mantener o incrementar su bienestar subjetivo. Incluso se propone que podría haber efectos adversos de aquellos programas que “estimulan más contactos sociales entre los adultos mayores, porque ellos pueden sentirse presionados por las expectativas sociales a participar en actividades que no satisfacen sus propias necesidades” (Rice, Löckenhoff y Carstensen, 2002, p. 140)

El bienestar psicológico promueve la salud o la merma de ésta, como es la depresión que conlleva a la enfermedad o incluso a la muerte. Su atención como objeto de estudio está cobrando cada vez mayor relevancia.

El resultado de un estudio en México arrojó que la representación social del bienestar subjetivo de mayor importancia es la familia (Sánchez, 2013), situación que remite a pensar cómo están configuradas las familias en la actualidad, donde los adultos mayores crecieron con un esquema diferente de creencias y valores respecto a sus sucesores.

Un ejemplo especulativo que podría dar cuenta de cómo el bienestar subjetivo tiene un impacto en la vida de las personas adultas mayores es el siguiente: alguien libre de fragilidad (libre de limitaciones) durante el tiempo de confinamiento por pandemia comienza con síntomas de tristeza (pre-fragilidad) por tener limitada o cancelada la posibilidad de convivir con sus seres queridos, de desarrollar las actividades cotidianas que también dan sentido de identidad. Dicha tristeza al agudizarse se convierte en depresión (fragilidad) que lo discapacita para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria como pueden ser alimentarse, asearse, continuar con tratamientos farmacológicos o, incluso, lo haga más susceptible a contagiarse por la COVID-19, por lo que está en riesgo de que por dicha discapacidad sobrevenga la amenaza de la muerte. Por tanto, se resalta la vinculación con la salud-enfermedad biológica y psicológica.

Siendo la salud mental tan importante para la salud física, ¿cuál es la autopercepción de las personas adultas mayores respecto a los sentimientos de depresión? Una muestra representativa en México en 2017 señala que de un total de 3 241 260 personas mayores de 7 años que han sentido sentimientos de tristeza a diario, aproximadamente el 28% (931 640) lo constituyen las personas de 65 años y más. Por otra parte, de un total de 75 328 626 personas que dicen nunca se han sentido deprimidas, aproximadamente el 7% (5 111 588) pertenece a las personas adultas mayores.

Dichos datos pueden llamar la atención respecto a los porcentajes de padecimiento psicológico, siendo la proporción más alta entre los grupos etarios (28%) y la más baja en resiliencia (7%). Estos datos sobre la percepción de la población mexicana no deben perderse de vista al pensar las políticas públicas sobre la salud y que en el contexto de la pandemia se recrudeció a porcentajes alarmantes.

La salud-enfermedad psicológica es un tema que las instituciones como la OMS han estado advirtiendo que debe tomarse con mucha seriedad, pues apenas se están

evidenciando algunas de sus secuelas. Las vacunas están siendo efectivas para disminuir la mortalidad y complicaciones en la salud, pero las variantes y los contagios parecen seguir dando cierto revés a los avances en salud pública.

### **3.2.3 Perspectiva de la salud-enfermedad en las políticas públicas.**

Hasta el momento, el deber ser de los conceptos y las aspiraciones gubernamentales han dado cuenta del cambio de paradigma hacia la multiplicidad del rubro de salud-enfermedad. Las áreas científicas que analizan más detenidamente a las personas adultas mayores han abonado a resaltar la diversidad en las que puede vivirse esta última etapa de vida y que está influenciada por el estilo y condiciones de vida individual desde el nacimiento. Ahora toca resaltar algunas decisiones institucionales y gubernamentales que están impactando o pueden impactar con especial énfasis a este grupo etario

Los actos y omisiones a lo largo de la vida, dejan huella en cómo podrá ser enfrentada durante la etapa de la vejez, en lo concerniente al acceso a los servicios de salud, tiene un rol importante de manera preventiva o curativa y pensarlo como objeto de las políticas públicas puede tener un impacto total en las sociedades. Uno de los aspectos más evidentes de la relación entre el acceso a los servicios de salud y la fragilidad se expresa en la cobertura y la calidad de estos.

El caso de México en la atención a las enfermedades crónicas se ha caracterizado por la poca preparación ante las necesidades poblacionales, la insuficiencia de recursos y rutas de financiamiento que puedan soportarlo (Ham, 1996). Lo anterior no sólo es producto de la edad, sino que puede ser consecuencia de un mal cuidado progresivo en el curso de vida, ya sea por la falta de responsabilidad personal, la falta de redes, de recursos o de infraestructura. Por ejemplo, los habitantes de las zonas rurales tienen un menor acceso a los servicios de salud, identificándose un claro distanciamiento de un derecho social básico.

En las decisiones institucionales y gubernamentales, si se identifica la tendencia de la limitación para escuchar y atender el cuidado personal (con un 65%) sobre la limitación mental, poner atención o aprender; entonces, ciertos programas pueden hacer énfasis en lo anterior. Por ejemplo, invirtiendo en estructuras de apoyo en los baños de los

centros de atención sanitaria o gubernamentales o dando alternativas a la atención personalizada, donde la comunicación verbal tuviera alternativas escritas o gráficas que permitan a los usuarios de los servicios subsanar sus limitaciones para obtener un servicio y atención incluyente. Además, dicha atención también puede beneficiar a personas con limitaciones temporales, por ejemplo, que hayan sufrido un evento limitante de manera importante o que ya estén en proceso de recuperación.

A nivel internacional, una reciente publicación de la OMS evidenció una profunda contradicción entre los ideales hacia las personas adultas mayores -el concepto de salud y la perspectiva gerontológica de adulto mayor sano- hacia una nueva clasificación MGZA que podría dar un revés de concretar a la vejez como un “síntoma anormal general” (OMS, 2019). La propuesta de la inclusión de la vejez como una nueva clasificación podría validarse en tanto que la disminución de la respuesta homeostática evidencia un declive en la reacción del cuerpo para afrontar condiciones desfavorecidas del cuerpo en las personas adultas mayores.

La relevancia de considerarlo una patología, implica negar que la vejez pertenece a una etapa de la vida, al curso de vida de las personas. Además, se negaría la pluralidad de condiciones, de la respuesta homeostática y la homeosis del cuerpo de las personas adultas mayores. Dicho pronunciamiento también fue una fuerte sacudida para la credibilidad de la OMS que, pese a su gran prestigio internacional, da cabida al examen de sus supuestos y del hecho que varias asociaciones gerontológicas se pronunciaron en contra de que esta clasificación se consolidara como criterio de enfermedad.

Un envejecimiento saludable no sólo depende del cuidado personal del cuerpo a través del curso de vida, también tienen una fuerte influencia en el estado anímico, el acceso a los servicios de salud, una arquitectura adecuada dentro y fuera de casa para la movilidad de las personas y eventos coyunturales como la actual pandemia. La atención a la morbilidad y la mortalidad requiere de planeación y acciones institucionales y gubernamentales de monitoreo constante para lograr un impacto de fondo en problemáticas sociales



En el contexto de la pandemia, el gobierno actual emitió un documento con recomendaciones para el cuidado de la salud mental de las personas adultas mayores (Gobierno de México, 2020c). Entre los antecedentes que pueden derivar en criterios clínicos de depresión y ansiedad en las personas adultas mayores se menciona la “irritabilidad, tristeza, malestar e impotencia. Pérdida de interés en realizar actividades que antes disfrutaban hacer. Preocupación excesiva y constante. Olvidos frecuentes. Dificultad para iniciar o mantener el sueño y pesadillas constantes” (Gobierno de México, 2020c, p. 3). A lo cual se dan una serie de recomendaciones para mantener la salud mental en buenos términos, entre ellos mantener una alimentación sana y continuar con la medicación de control si lo requieren; también se informa de medios telefónicos para atender signos que denoten la necesidad de atención psicológica.

Lo anterior parece intuitivamente factible en cualquier persona, indistintamente a su grupo etario: los niños, los adolescentes, los adultos y adultos mayores con repercusiones en su salud por el prolongado confinamiento, la incertidumbre sobre cuándo podrían retomar las actividades cotidianas -escolares, laborales, recreativas-, las pérdidas humanas de los seres queridos, pero también de las grandes cantidades de muertes y las emergentes secuelas que nos mantiene en constante alerta personal y social.

El escenario anterior constituye un fenómeno específico del cual se están derivando conceptos y estudios únicos. Por ejemplo, el “síndrome post-COVID-19” “se define por la persistencia de signos y síntomas clínicos que surgen durante o después de padecer la COVID-19, permanecen más de 12 semanas y no se explican por un diagnóstico alternativo” (Carod, 2021, párr. 2). A nivel de salud pública, la llamada “fatiga pandémica” (OMS, 2020) consiste en una gradual desmotivación por las medidas de protección e higiene para evitar el contagio y la propagación del SARS-CoV-2.

¿Cómo es posible que una emergencia de salud pública pueda tener un efecto quiebre de relajamiento o, incluso de desafío ante las medidas de preservación de la salud y la vida? La respuesta de la OMS (2020) es que de cierta manera es natural dicha fatiga, el prolongamiento de la pandemia, los números de contagios y muertes, el estado de alerta durante más de un año, las medidas invasivas por parte de los Estados, pueden llevar a un sesgo psicológico colectivo de relajar las medidas básicas de protección.

Por tanto, se invita a los Estados a tratar de entender dicha etapa psicológica en las personas y facilitar mecanismos para que las medidas de contención de contagios sean más llevaderas, pues no se trata solo de políticas restrictivas sino de que las poblaciones puedan ejercer una vida con un mínimo de bienestar social dado que esto no sólo se reduce a la salud, sino a la economía, la recreación, entre otros.

El distanciamiento social y familiar está mermando la salud mental, causando incertidumbre sobre cómo llevar una vida medianamente funcional. Las personas adultas mayores, en cierta proporción pueden quedarse en casa, ya sea porque viven en hogares intergeneracionales, porque cuentan con la política pública de la pensión no contributiva<sup>20</sup>, porque cuentan con redes de apoyo familiares y de amistad para la provisión de alimentos y servicios básicos, pero ¿qué pasa con aquellos que no cuentan con dichos apoyos? El 36% de los adultos mayores en México tienen pensión o jubilación y poco más del 10% vive sola (Lugo, 2020).

Del dato anterior se desprenden dos aspectos importantes respecto al ámbito de la salud-enfermedad: dicho porcentaje cuenta con acceso a los servicios de salud y, quienes viven solos, pueden estar viviendo en resiliencia, pero también pueden estar afrontando el recrudecimiento de la necesidad de atención médica, del acceso a la alimentación saludable, del contacto físico, del abandono institucional -recuérdese el caso de Isidro-.

Durante la pandemia, la brecha tecnológica se ha recrudecido, aislando a aquellos que no cuentan con las tecnologías de la información y la comunicación para contactarse por medios electrónicos. En el caso de los adultos mayores, estas tecnologías (CEPAL, 2022, pp. 83-90), pueden constituirse como limitados medios de comunicación, porque carecen de una relación palpable entre personas, mismas con las que han crecido y mantenido el contacto físico del que ahora carecen, impactando su salud psicológica y física (de Paula, 2021).

Una de las respuestas institucionales para hacer frente a la soledad física de las personas adultas mayores fue su pronta vacunación para evitar su mortalidad y complicaciones

---

<sup>20</sup> Una acción gubernamental para los adultos mayores de 68 años fue adelantar dos bimestres al programa de pensión universal para paliar inmediatamente las necesidades de esta población, pero deberá ser compensada en un futuro pues constituye un préstamo y no un subsidio por catástrofe.

graves de salud por la COVID-19. Esta situación les dio una ventaja temporal frente a otros grupos etarios, sin embargo, también se evidenciaron casos del recrudecimiento de la desigualdad (Jiménez, 9/02/2021). Además, según los datos de exceso mortalidad puede no haber sido la mejor estrategia para abonar al bien común (Palacio, Wheatley, Ordóñez, López, López, Hernández y Hernández, 2021, p. 219; Grupo interinstitucional para la estimación del exceso de mortalidad por todas las causas, 2021, p. 13), (cf Tabla 5).

Otra respuesta institucional fue adelantar bimestres de la pensión no contributiva como una estrategia para evitar que las personas adultas mayores no salieran de casa. No se cuentan con datos sobre el impacto de la pertinencia entre el adelanto de la pensión y la efectividad para quedarse en casa, sin embargo, sí se pueden deducir dos puntos relevantes: 1) los sistemas de salud ya tenían una deficiente cobertura de acceso a la salud antes de la pandemia y con ella esto se recrudeció, por lo tanto el gasto de bolsillo en salud incrementó, pudiendo ser en parte paliado con los adelantos bimestrales de la pensión no contributiva; 2) desde una perspectiva de la salud pública, el manejo gubernamental de la pandemia ha permitido una gran cantidad de muertes prevenibles, entre ellos, de la población adulta mayor; entre las estrategias fallidas se identifica el “modelo centinela” y la inaccesibilidad de la vacunación en quienes presentan limitaciones físicas para acudir a los centros de vacunación.

Para concluir la relación entre pandemia, la salud-enfermedad y las políticas públicas, se expondrán cuatro problemas públicos de especial interés en la salud pública en México. El documento *La respuesta de México al Covid-19: Estudio de caso*, da cuenta de aquellos problemas públicos que de manera oficial no se visibilizan pero que implican amenazas y riesgos que pueden derivar en vulnerabilidades en la sociedad mexicana.

México es uno de los países más afectados durante la pandemia de COVID-19 [...] situándolo entre los de peor desempeño a nivel internacional:

A) Cifras de casos y muertes confirmadas comparativamente altas, después de considerar las diferencias en el tamaño de la población y el número de pruebas realizadas.

B) Un exceso de mortalidad por todas las causas comparativamente alto, que refleja el impacto directo e indirecto del COVID-19.

C) Grandes desigualdades en la carga de enfermedad entre grupos sociales y regiones.

D) Tasas de infección y mortalidad muy elevadas entre trabajadores de la salud (UCSF, 2021, p. 13).

Al revisar por incisos cuáles podrían ser las justificaciones de dichas amenazas y riesgos, en el inciso A, se justifica su juicio por la estimación conservadora donde sólo 1 de cada 30 infecciones ha sido detectada por los mecanismos oficiales hasta noviembre de 2020 (UCSF, 2021, p. 17).

El inciso B se justifica con base en información de *Johns Hopkins University and Medicine* donde México se sitúa con una tasa de letalidad del 9% en los casos confirmados y con una alta tasa de muertes confirmadas por millón (151.01), pese a que su población promedio es de 29 años, mientras que la población mayor a 65 años corresponde al 8.5% de la población total. Estos datos son importantes porque la tasa de muertes observadas es especialmente alta en países con población envejecida, no siendo este el caso de México.

Abonando a los incisos A y B se destaca que el 50.6% de las muertes en pacientes COVID-19 ocurrieron en la población menor de 65 años (UCSF, 2021, pp. 21-22). Los autores del documento deducen que dicha proporción sea una combinación de factores entre “alta prevalencia de enfermedades crónicas [...] con la falta de atención médica oportuna y de calidad” (UCSF, 2021, p. 20). Situación recrudescida por la falta de diagnósticos durante la pandemia (Angel y Roldán, 2020).

El inciso C ayuda a explicar en parte el exceso de mortalidad, pues la carga de enfermedades de la población mexicana en pacientes que fueron diagnosticados con la COVID-19, dan cuenta de la alta incidencia de comorbilidades. Un dato que refuerza la presencia de comorbilidades en pacientes que fallecieron por la COVID-19 identifica que el 45.3% tenía hipertensión, 37.5% diabetes, y 22.2 % obesidad (UCSF, 2021).

Por otra parte, la mortalidad en hospitales privados (20%) respecto al sector público y de seguridad social (aproximadamente 50%) (UCSF, 2021; Sánchez, 18/08/2020), marca una importante diferencia, que en parte se ha adjudicado a la difundida política de invitar a la población a no saturar la atención médica para reservarla a los más necesitados. Además de la fuerte atención por la ocupación hospitalaria como parámetro para medir el buen funcionamiento gubernamental en la pandemia.

El inciso D es uno de los resultados más alarmantes, pues el personal de salud por mucho tiempo no contó con los insumos necesarios para evitar el contagio en la primera línea de atención (UCSF, 2021), así como la falta de capacitación para su correcto uso (Ramírez, 22/06/2020). También se dio un hecho relevante: ante la falta y urgencia de personal médico en primera línea de atención, se convocó a nivel nacional a que el personal médico jubilado se uniera de manera voluntaria a la atención de la emergencia sanitaria. Quienes participaron, dan cuenta de un acto supererogatorio donde se pusieron en alto riesgo de enfermar, complicarse y morir.

La política de vacunación antepuso a las personas adultas mayores antes que al personal médico que, aunque no trabajara en primera línea de atención de la COVID-19, fue el primer contacto para la detección de una gran cantidad de gente que temía asistir a los centros COVID por riesgo de contagio. Así que, por la cercanía y acceso preferían acudir al médico de la farmacia o a la atención privada.

Esta decisión gubernamental, tuvo como resultado dos escenarios: aquellos que tenían posibilidades materiales y de visa, viajaron a Estados Unidos de América a vacunarse o; que siguieran exponiendo su salud y vida, aun cuando ya comenzaba a estar disponible la vacuna que, en algunos lugares, se estaba aplicando a los docentes.

Lo anterior no escapó a la crítica social y de los medios de comunicación. La respuesta gubernamental se orientó a resaltar que, también había un evidente daño en los alumnos de educación básica, que estaban en un agudo rezago escolar y, si las condiciones de contagio permitían su regreso a las aulas, también constituiría una prioridad vacunar a los docentes a la par que a los médicos y adultos mayores.

Con base en lo expuesto en el rubro salud-enfermedad, en la Tabla 7 se identifican las amenazas, los riesgos y los empoderamientos para la población de adultos mayores en México.

**Tabla 7**

*Identificación de las amenazas, los riesgos y las circunstancias de empoderamiento en el contexto de la salud-enfermedad de las personas adultas mayores*

<b>Amenazas</b>	<b>Riesgos</b>	<b>Empoderamientos</b>
La vejez como patología	Negar el envejecimiento como parte del curso de vida	Ser crítico de la propuesta MGZA en la CIE-11 de la OMS
	Negación de la pluralidad de las condiciones de los adultos mayores	Dar crédito a la respuesta homeostática y la hormeosis del cuerpo de las personas adultas mayores
Abandono institucional de la atención de la salud	Falta de diagnósticos tempranos	Evaluación temprana de la fragilidad permite intervenciones exitosas
	La fragilidad disminuye la capacidad de respuesta a factores estresantes y aumenta la vulnerabilidad de desenlaces desfavorables	Es posible recuperarse de la discapacidad en aproximadamente un 60% de los casos en dos años
	Dificultad de la disposición y acceso a los recursos de alimentación	Acceso a una alimentación sana
	Alta incidencia de obesidad que afecta la calidad de vida y aumenta la probabilidad de discapacidades	Políticas públicas enfocadas a una vida saludable desde edad temprana (etiquetado frontal en alimentos, formar hábitos saludables)
	Las limitaciones físicas y falta de redes de apoyo limitan el acceso a la vacuna contra la COVID-19	
	Falta de redes de apoyo	

Maltrato	Violencia intrafamiliar	INAPAM tutela el bienestar de los adultos mayores
COVID-19	Tercera causa de muerte en los adultos mayores	Priorización en la vacunación
	Segunda causa de morbilidad	
Afectación de la función afectiva	Depresión, ansiedad	Líneas telefónicas de atención psicológica (Línea plateada)
	Incremento de enfermedades o discapacidades	No suspender los medicamentos de control para las comorbilidades y mantener un seguimiento médico (detección y control)
	Sentimientos de depresión o soledad	Anticipación en la identificación de actitudes que puedan derivar en depresión y ansiedad

De entre las amenazas identificadas, la correspondiente a la vejez como patología, deriva en una vulnerabilidad especialmente peligrosa a este grupo etario, que potencialmente amenaza a todos los grupos, pues constituye una contradicción al propio curso de vida; situación que fue frenada al desaparecer la propuesta MGZA en la CIE-11 de la OMS en el 2022.

En el presente apartado se puede constatar que una disminución de la respuesta homeostática del cuerpo a mayor edad, repercute en una serie de factores que impactan en la salud física y mental de las personas adultas mayores, sin embargo, no hay elementos que deriven que del envejecimiento resulte una patología como condición ontológica en esta etapa de vida. En este caso, puede apelarse a la merma de la integridad personal, que de manera abstracta ya se apelaba en la DUBDH de la UNESCO (2005).

Respecto al abandono institucional de la atención de la salud, se identifica un importante riesgo en la carencia de atención geriátrica. Las recomendaciones estarían en fortalecer

el acceso a los servicios de salud física y mental, teniendo como una de sus consecuencias que las personas adultas mayores del presente y del futuro logren un sistema de salud fortalecido.

En el caso del maltrato se puede esbozar una vulnerabilidad que es fortalecida en el resto de los ámbitos de análisis. En lo que corresponde a la salud-enfermedad psicológica se evidencia que previo a la pandemia, las personas adultas mayores auto percibían un considerable grado de sentimientos de depresión y un marginal porcentaje de no haber sentido tristeza.

Habiendo expuesto el escenario general de amenazas, riesgos y empoderamientos en la Tabla 7, ahora puede configurarse el fundamento del vínculo amenaza-riesgo-vulnerabilidad que se sintetiza en la Tabla 8.

### **Tabla 8**

*Identificación del escenario de vulnerabilidades en la salud-enfermedad en el tercer nivel de análisis*

<b>Amenaza</b>	<b>Riesgo</b>	<b>Vulnerabilidad</b>
Falta de acceso a los servicios de salud	Fragilidad	Discapacidad y muerte
	Mayor probabilidad de enfermedades crónicas	
	Falta de diagnósticos médicos oportunos	
	Alta prevalencia de sobrepeso y obesidad	
	Discapacidad y limitaciones sin atención médica y estructural	
La pandemia por COVID-19	Incidencia de sentimientos de soledad, depresión y abandono.	Discapacidad y muerte
	3ra causa de muerte	
	Mayor incidencia de violencia intrafamiliar	
	Limitaciones o discapacidades que hacen más fácil el contagio (correcto lavado de manos, necesidad del contacto físico para desplazarse)	
	Mayor incidencia de ingesta de alimentos y menor actividad física	



---

	Mayor incidencia de incertidumbre, ansiedad, tristeza y depresión	Fatiga pandémica
La vejez como "síntoma anormal general"	Controversia social y política	Cambio negativo de trato y merecimiento de los adultos mayores
	Controversia gerontológica	Pendiente resbaladiza hacia la discriminación en el área de la salud, social y jurídica

---

## Capítulo 4

### El contexto de las personas adultas mayores y la vulnerabilidad como tema público. Parte 2

#### 4.1 Perspectiva jurídica

##### 4.1.1 Marco jurídico internacional.

La ONU define los derechos humanos como aquellos “derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición” (ONU, párr. 1)<sup>21</sup>. Estos derechos han tenido una amplia expansión y aceptación internacional para lo cual se creó una normativa sobre derechos humanos a la que los Estados pueden adherirse voluntariamente.

Existen distintos criterios de clasificación de los derechos humanos, la más reconocida es desde su proceso histórico a través de tres generaciones: Primera generación: se compone por los derechos civiles que contempla a todo ser humano en general y, los derechos políticos que refieren a todo ciudadano; su exigencia recae en los propios individuos. Segunda generación: constituye los Derechos Sociales, Económicos y Culturales; obliga al Estado a satisfacer las necesidades y prestación de servicios de manera progresiva y de acuerdo a sus recursos disponibles para lograrlo. Tercera generación: lo integran los Derechos de los Pueblos o de Solidaridad, su objetivo es afianzar la cooperación entre las naciones y los grupos dentro de éstas, quienes comparten un interés común (Aguilar, 2006, p. 93-98).

---

<sup>21</sup> La Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México los define como el “conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes”. (CNDH, qué son los derechos humanos, párr. 1). Como puede, notarse su definición es más concreta que la identificada en la página oficial de la ONU. En lo concerniente a la legislación nacional, será importante tener esta definición presente.

Los derechos humanos se rigen por los principios de universalidad (a todas las personas), interdependencia (necesariamente interrelacionados), indivisibilidad (porque son inherentes al ser humano y su dignidad) y progresividad (el Estado debe asegurar su progreso).

Los derechos humanos tienen un fuerte fundamento moral en donde el respeto de la dignidad de los seres humanos es uno de sus argumentos más contundentes para promover un cambio de actitud respecto a cómo convivir y cuáles son los mínimos comunes que deben protegerse y promoverse. Su impacto y promoción internacional es innegable -del cual México es parte desde sus inicios como acuerdo internacional-.

Producto de la revisión de registros oficiales sobre derechos humanos de las personas adultas mayores, se construye la Tabla 9 con los documentos internacionales sobre derechos humanos en este grupo etario, para también perfilar su análisis al contexto nacional.

### **Tabla 9**

*Documentos internacionales sobre derechos humanos relacionados con las personas adultas mayores en el Sistema Universal y el Sistema Regional Interamericano*

<b>Sistema Universal</b>	<b>Sistema Interamericano</b>
Carta de las naciones Unidas (1945), artículo 55.	Declaración Americana de los derechos y Deberes del Hombre (1948), artículos 11 y 16.
Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), artículo 3, 22, 25 y 27.	Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1986).
Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951), artículo 24.	Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica (1969), artículos 5, 6 y 16.
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), artículos 1, 6, 7, 9, 10 y 26.	Protocolo de San Salvador (1988), artículos 9, 10, 11, 12, 17 y 18.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), artículos 9, 11 y 12.	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Para” (1994).
Observación No. 6 <sup>22</sup> , 14 <sup>23</sup> y 19 <sup>24</sup> del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contras las Personas con Discapacidad (1999).
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendación 122 se refiere a la política del empleo de ciertos grupos vulnerables (1964).</li> <li>- Recomendación 162 sobre los trabajadores de edad (1980).</li> <li>- Convenio 142 sobre el desarrollo de los recursos humanos (1975).</li> <li>- Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares (1981).</li> </ul>	
Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991).	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979).</li> <li>- Plataforma de Acción Beijing (1995).</li> <li>- Recomendación General 27 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (2010).</li> </ul>	

<sup>22</sup> Relativa a los derechos económicos y culturales de las personas mayores (1995).

<sup>23</sup> Sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (2000).

<sup>24</sup> Sobre el derecho a la seguridad social (2007).

*Nota:* Adaptado de *Marco Jurídico internacional y nacional para la protección del envejecimiento en México*, p. 53 por Lara, L. En Gutiérrez, L.M. y Kershenobich, D. (coords). (2016). *Envejecimiento y salud. Una propuesta para un plan de acción*. (3ra ed). México: UNAM, Coordinación de Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México: Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriátría.

La Tabla 9 da un panorama de la procuración por la protección de los derechos humanos, no todos refieren directamente a las personas adultas mayores, pero se incluyen bajo el criterio de igualdad del respeto a ellos.

Como es sabido, la protección de los derechos humanos, procura la dignidad humana y señalan aquellas situaciones o acciones que pueden dañarla, recomendando o generando mecanismos para su erradicación. Entonces, ¿de qué manera los derechos humanos pueden atender la amenaza-riesgo-vulnerabilidad de las personas adultas mayores? Siguiendo a Leoncio Lara:

desde la disciplina jurídica, el enfoque del desarrollo basado en derechos ha propiciado un tratamiento específico de grupos sociales que en el pasado fueron excluidos, propiciándose la titularidad de derechos humanos de aquellas personas cuyos derechos han sido vulnerados por las circunstancias de discriminación normalizada en que se desarrolló su participación en sociedad, a partir de dicho tratamiento concreto se busca un trato sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una 'sociedad para todos' (2016, p. 43).

Los referentes normativos internacionales son los que inspiran a los Estados para que puedan aplicarlos en su contexto nacional, ya sea a través de leyes, políticas, etc. el enfoque de derechos humanos tiene como propósito generar ciertas líneas de acción entre los Estados y dentro de los Estados, cuyo contenido ético necesita ser discutido y concretado por académicos, gobiernos y sociedad.

Esta base del enfoque de derechos permea los documentos de la Tabla 10<sup>25</sup>, que es construido para evidenciar la prolifera producción de documentos centrados en el envejecimiento y si éstos contemplan a la vulnerabilidad en este grupo etario.

**Tabla 10**

*Documentos internacionales sobre el envejecimiento y si hace explícita la vulnerabilidad en la población adulta mayor.*

<b>Año</b>	<b>Documento</b>	<b>Vulnerabilidad</b>
1982	Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento (Viena).	Sí
1991	Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.	No
1992	Declaración Internacional de la Vejez sobre los Derechos y Responsabilidades las Personas de Edad. Federación Internacional de la Vejez.	No
1995	Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación No. 6. Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores.	Sí
2002	Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Declaración Política y Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Madrid).	Sí
2002	Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores.	Sí
2003	Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción internacional de Madrid.	No
2004	Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América latina y el Caribe del Plan de	Sí

<sup>25</sup> A excepción de la Declaración Internacional de la Vejez sobre los Derechos y Responsabilidades las Personas de Edad, este documento tiene la singularidad de no pertenecer a la ONU.

	Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. CEPAL	
2007	Segunda conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, Declaración de Brasilia.	Sí
2008	Informe de la segunda conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe	Sí
2008	Reunión de seguimiento de la Declaración de Brasilia. Informe de Relatoría. (Río de Janeiro).	Sí
2009	Segunda reunión de seguimiento de la Declaración de Brasilia: Hacia una convención sobre los derechos de las personas mayores	No
2009	Reporte ejecutivo de la tercera reunión de seguimiento de la Declaración de Brasilia: Por los derechos de las personas mayores (Santiago de Chile).	No
2011	El principio de igualdad y no discriminación en la protección de los derechos de las personas adultas mayores. Aportes para la discusión de una Convención internacional.	Sí
2012	Tercera conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. (San José).	No
2012	Informe de la tercera conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe.	Sí
2013	Convención Interamericana sobre protección de los derechos de las personas mayores.	Sí
2013	Declaración de Río "Más allá de la Prevención y el Tratamiento: El desarrollo de una cultura del cuidado en respuesta a la revolución de la longevidad" (Río de Janeiro).	No
2015	Informe Mundial sobre el Envejecimiento.	Sí

2017	Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina.	Sí
2017	Informe de la Cuarta conferencia regional intergubernamental sobre el envejecimiento y derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe.	Sí
2017	Declaración de Asunción. Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos.	Sí

Las Tablas 9 y 10, permiten revelar algunas tendencias de las observaciones de la vulnerabilidad en las personas adultas mayores: principalmente se asocia a la pobreza, ya sea por falta de pensión, por estar en condición de pobreza, etc.; le siguen, las situaciones de emergencia que llevan a una condición de necesidad de protección o provisión de alimentos; en asociación a la incapacidad como limitación física; a una condición desfavorable de salud o a la probabilidad de contagio o enfermedades; a la discriminación en sus derechos humanos; al maltrato o abuso familiar, social o institucional. Cabe destacar que la perspectiva de género y pobreza cobra especial relevancia en los documentos más recientes.

Como puede observarse, las posibles identificaciones de vulnerabilidades son numerosas en los documentos internacionales y algunas de ellas, hacen eco en las vulnerabilidades identificadas en los contextos sociodemográfico y salud-enfermedad.

#### **4.1.2 Marco jurídico nacional.**

Como se ha podido observar la discusión de la vejez y el envejecimiento tiene poco tiempo de ser un tema de la agenda internacional y el contexto nacional no es la excepción. El marco jurídico nacional revisado va desde la Constitución como máxima jerarquía y del cual emana el posicionamiento del Estado para direccionar al país, le siguen las leyes: Ley General de Salud (LGS), Ley General de Desarrollo Social (LGDS), Ley de Asistencia Social (LAS), Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM) y por último, las Normas Oficiales Mexicanas (NOM's) de interés a la presente investigación.



La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) reconoce los derechos humanos y las garantías para la protección de su población (artículo 1), protegido y defendido a través de la figura del Estado cuyo fin último es el bien social, establece un criterio de igualdad en cuanto a los derechos esenciales.

Se postula la dignidad humana como el criterio abstracto y universal que permite el precedente de justicia por medio de la igualdad en consideración al acuerdo internacional de la ONU en 1948. Todos los Estados que responden favorablemente a la teoría de los derechos humanos tienen que trabajar constantemente para mantener o construir dicho acuerdo cuyo objetivo es la paz y el bienestar de la humanidad.

Acorde con la jerarquía de las leyes mexicanas sobre el rubro de la salud y el bienestar (antes de Desarrollo social) se harán comentarios de interés para el tema de la presente investigación.

La LGS expone el paradigmático concepto de salud de la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014, p. 1; Ley General de Salud [LGS], 2022, art. 1). Para concretarlo, se explicitan los fines del derecho a la protección de la salud: pretende que personas capaces física y mentalmente trabajen en su propia calidad de vida y en la de los demás, teniendo en cuenta a la solidaridad y la responsabilidad, tanto en los servicios de salud como en la asistencia social (Art. 2, fracción I-V). Con lo anterior se pretende informar y formar a la población y a los profesionales que generan y aplican dicho conocimiento (Art. 2, fracción VI y VII).

Este marco legal que respalda el derecho a la protección de la salud dibuja ciertas pautas éticas: agentes morales autónomos e informados para las tomas de decisiones, personas que ven por su bienestar y el de la población a través de actitudes solidarias y responsables.

El concepto de salud es un ideal de máximos, es un referente muy usado en las políticas públicas y programas gubernamentales pues permite un margen amplio de disciplinas y criterios para valorar la salud de manera integral que, en el caso de las personas adultas

mayores y la vulnerabilidad, puede servir como marco para diferenciar lo sano de lo patológico, la salud de la enfermedad, la funcionalidad de la discapacidad.

Ejemplo de lo anterior es que hasta el 2012 aparecía en el Reglamento a la Ley General de Salud, artículo 25, fracción V que, dentro de las pautas de selección de los candidatos a receptor de trasplantes, estaba la acotación de una edad máxima de 60 años. Este criterio de selección (o exclusión, según se le quiera ver) a finales de ese mismo año desapareció. Es así como una ley con alta jerarquía evidencia un ajuste de sus criterios sobre lo que considera correcto para construir el bienestar de su población.

Por su parte, la LGDS tiene entre sus objetivos garantizar los derechos sociales delimitados en la Constitución, además de regular y garantizar los bienes y servicios de los programas sociales (Art. 1, fracción VI, 2018). Los derechos sociales entendidos como aquellos que acceden a la satisfacción de necesidades “que permiten perseguir libremente fines y planes de vida propios y participar en la construcción de la vida social” (Salazar, 2013) constituyen un elemento vital en cuanto la aspiración del bienestar social permeando a todas las secretarías y leyes de Estado. En el caso del Desarrollo Social se identifican políticas públicas, programas e iniciativas universales y focalizadas que promueven y protegen el bienestar para resolver la propia vida, pero que también contribuyan al bienestar social.

La LGDS figura como una de las más fuertes en tanto que vela por el bienestar de su población no sólo como un fin construido, sino también como una aspiración en construcción puesto que la libertad individual abona al bienestar colectivo. Los máximos de aspiración mencionados contrastan con las situaciones de piso mínimo de vida, y es cuando tiene cabida la vulnerabilidad.

La LGDS identifica a los “grupos sociales en situación de vulnerabilidad” (Art. 5, fracción VI). A su vez, la vulnerabilidad, es definida como el enfrentamiento a “situaciones de riesgo o discriminación” que no permiten un mejor nivel de vida y, por tanto, justifican la intervención gubernamental cuyo objetivo es que las personas logren generar su bienestar (Art. 5, fracción VI), para lo cual se reconoce el derecho a “recibir acciones y apoyos tendientes a disminuir su desventaja” (Art. 8).

Dicho derecho constituye la primera disposición explícita a los vulnerables a través de “políticas compensatorias y asistenciales, así como oportunidades de desarrollo productivo e ingreso en beneficio de las personas, familias y grupos sociales en situación de vulnerabilidad, destinando recursos presupuestales necesarios y estableciendo metas cuantificables” (Art. 9).

La LGDS justifica la necesidad estructural del PND y del CONEVAL como estructuras de diagnóstico y evaluación para la atención de las problemáticas sociales que incluye a la vulnerabilidad como uno de los temas prioritarios.

Esta Ley no menciona a las personas adultos mayores de manera explícita, pero sí da una ruta de los fines gubernamentales para la identificación y protección de quienes están en situación de vulnerabilidad y que los hace merecedores del apoyo gubernamental, debido a que no han podido superar por sí mismos las situaciones de riesgo o discriminación, como es el caso de la pensión no contributiva que deriva jerárquicamente de esta ley.

La LAS, si bien se desprende de la Ley General de Salud, encuentra en la LGDS una continuidad, dado que comienza a aterrizar las acciones y apoyos gubernamentales que disminuye la desventaja de grupos en situaciones de vulnerabilidad (Instituto Nacional de Desarrollo Social, Art. 8).

Esta Ley, asume a las personas adultas mayores como sujetos de derechos cuando se identifican en situación de “desamparo, marginación o sujetos de maltrato; con discapacidad, o que ejerzan la patria potestad” (Art. 4, fracción V). En el caso de desamparo, los albergues, las casas hogar, centros de atención especializados y los centros de día tienen una función de soporte por parte del Estado, donde la asistencia social está destinada a grupos focalizados altamente marginados.

La *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, -explicada en el capítulo 2 pero cuya pertinencia merece ser señalada-, menciona que las instituciones públicas del sector salud tienen la responsabilidad de atender a las personas adultas mayores vulnerables (esta entendida como una situación social o familiar) (Art. 18, fracción IX) y establece una corresponsabilidad social para garantizar los derechos humanos de este

grupo etario. Este marco es, a la fecha, el mayor referente jurídico al que pueden acudir las personas adultas mayores, como el órgano de gobierno que tutela por el bienestar de este grupo etario en exponencial crecimiento.

Además de las leyes, existen algunas NOM's que son relevantes a esta investigación: la NOM-031-SSA3-2012; la NOM-169-SSA1-1998; la NOM-167-SSA1-1997. A continuación, se revisa cada una de ellas.

La NOM-031-SSA3-2012, *Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad*. Identifica a la vulnerabilidad como una condición de "soledad, abandono, discriminación, discapacidad, así como víctimas de maltrato en sus diversas expresiones".

Esta Norma distingue entre el vulnerable como situación de riesgo y el vulnerado como el riesgo ya consumado. Si bien hay parámetros socioeconómicos, psicológicos, de acceso a los servicios de salud y culturales que podrían analizar los casos específicos para dar una respuesta más cercana para asignar responsabilidades individuales, sociales, institucionales y gubernamentales, no deja de haber un rango de incertidumbre entre los riesgos potenciales y los consumados, así como las oportunidades de empoderamiento. Recuérdese el caso de Isidro y la respuesta del INSABI y el INCAN sobre la responsabilidad imputada al paciente (cf apartado 1.5).

A su vez, la NOM-169-SSA1-1998, *para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo*. Identifica a las personas adultas mayores como grupo en riesgo y grupo vulnerable en cuanto a su alimentación, pero que puede hacerse extensivo a más ámbitos de la vida; mientras que el riesgo constituye la dificultad de la disposición y acceso a los recursos (la alimentación), la vulnerabilidad obedece a condiciones en los sujetos que los ponen en riesgo de un daño (la desnutrición). Estas distinciones conceptuales son relevantes porque constituyen especificaciones o características que pueden aplicarse a la pluralidad de escenarios en la población mexicana.

La NOM-167-SSA1-1997, *para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores*. Esta Norma, complementa las condiciones por las que las personas adultas mayores son un grupo vulnerable: rechazo social, maltrato físico y

mental, o por estado de abandono; este último se describe como la carencia, rechazo o maltrato de la familia, así como la carencia de recursos económicos. Situación que está en concordancia con la LAS en su artículo 4°.

En la Tabla 11 se muestran los documentos rectores a nivel federal que incluyen a las personas adultas mayores y si tratan explícitamente a la vulnerabilidad.

**Tabla 11**

*Documentos rectores que incluyen al adulto mayor en México*

<b>Documento</b>	<b>Vulnerabilidad</b>
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	No
Ley General de Salud y su Reglamento	Sí
Ley General de Desarrollo Social y su Reglamento	Sí
Ley del Seguro Social del Instituto Mexicano del Seguro Social	No
Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	No
Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación	Sí
Ley de Asistencia Social	Sí
Ley de los derechos de las personas adultas mayores	Sí
NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.	Sí
NOM-169-SSA1-1998, para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.	Sí
NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.	Sí
NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.	Sí

En la Tabla 11 aparece la Ley del Seguro Social del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta Ley, como es señalado en el apartado 3.1, arrastra un problema relevante para los varones adultos mayores, donde difícilmente éste puede acceder a una pensión por viudez si no comprueba la dependencia económica que tuvo de su pareja, pese a la declaración a la violación a la garantía de igualdad y a la garantía de no discriminación. Después de 18 años no ha sido reformada la ley, en la que, lejos de la aplicación de leyes o políticas públicas asistenciales que compensen o disminuyan las desventajas sociales, es la propia ley la que genera desigualdad y discriminación, no solo en los varones adultos mayores, sino en los varones en general y merma el derecho generado por las mujeres que cotizaron a la seguridad social a través del trabajo formal.

Como parte de la lectura general de la Tabla 11, se identifica una serie de elementos sobre la protección de las personas adultas mayores y otros que señalan su vulnerabilidad. Respecto a la protección: se contemplan servicios básicos de atención en las áreas de salud geriátrica; se señala la responsabilidad del Gobierno por atender e invertir en el bienestar de las personas adultas mayores, por ejemplo, a través de programas que los beneficien; garantizando el ejercicio de los derechos sociales; fomentando oportunidades como el que este grupo etario se incorpore a las actividades productivas del sector social de la economía y; promoviendo su desarrollo integral como podrían ser las acciones que los preparen para la senectud.

Respecto a cómo se refiere la vulnerabilidad en el marco nacional se identifican características individuales, consideraciones grupales y como asunto de Gobierno. Esta distinción se hace por dos motivos, porque ayuda a tener una visión estratificada de la vulnerabilidad y porque las consideraciones sobre el tema fueron muy variadas.

Características individuales: abandono, rechazo social; maltrato físico y mental, desamparo, incapacidad, marginación; soledad, discriminación, discapacidad. Se distingue del vulnerable como situación de riesgo y el vulnerado como el riesgo consumado.

En el caso de la NOM-169-SSA1-1998 Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo, se aterriza conceptualmente lo que en el contexto internacional también se señala como vulnerabilidad en situación asociada a la provisión de alimentación suficiente.

Consideración grupal: en situación de desastres es permisible el uso de fondos catastróficos para su atención; es una situación que los pone en desventaja; enfrentan una condición de riesgo o discriminación que no les permite alcanzar mejores niveles de vida; genera obstáculos en quienes ya tienen barreras para el ejercicio de sus derechos y libertades;

Como asunto del Gobierno: es parte del diagnóstico nacional, la vulnerabilidad es una problemática a considerar en el desarrollo de la política nacional que a su vez se sustenta en el CONEVAL; es un asunto que debe atenderse a la par de la pobreza y la marginación

El marco jurídico hasta ahora presentado indica las acciones del Estado en relación con las personas adultas mayores y delimita el concepto de vulnerabilidad respecto a este grupo etario. Se puede advertir que, ante la identificación de situaciones de gran riesgo en la población, se establecen políticas compensatorias y asistenciales para disminuirlas.

A través de la idea del Estado de bienestar se pretende generar mecanismos que ayuden a superar la situación de la desventaja en quienes se identifica una injusticia social, de forma tal que, el resto de la población asuma parte de su responsabilidad a través del pago de impuestos y el gobierno lo administre teniendo como tema prioritario a los vulnerables. Por tanto, éstos pasarían del contexto de vulnerabilidad al empoderamiento, ejerciendo su corresponsabilidad para continuar con el vínculo de la solidaridad y el ejercicio del bienestar individual y social.

En estas circunstancias, ante la situación de vulnerabilidad, todos podrían estar mínimamente protegidos, y contar con la mediación que puede proveerse por empatía social y familiar, o por los mecanismos de los que el gobierno pueda hacer uso para que su población salga de esta situación.

La corresponsabilidad, idealmente se ejerce de tal manera que, la vulnerabilidad tendería a ser un proceso dinámico, donde difícilmente habría sujetos en dicha situación de manera permanente. La voluntad y herramientas de las partes podrían detectar los comienzos de la vulnerabilidad y atacarla.

Se muestra un claro interés del gobierno por incluir a la vulnerabilidad como tema prioritario. Desde la justificación de las leyes mexicanas revisadas, hasta programas y NOM's específicas, su implicación no es menor porque cuando se establece como un tema jurídico, su atención y resolución se hace obligatorio para las partes implicadas. La vulnerabilidad se establece como una deficiencia, una injusticia, una afectación a los derechos humanos que debe ser identificada, diluida, o si es posible, debe ser eliminada para permitir el bienestar igualitario en su población.

La identificación de escenarios que atañen la responsabilidad directa del gobierno establece la trascendencia del concepto. La situación de vulnerabilidad es un problema que la población de adultos mayores no puede resolver por sí misma en algunas de sus aristas, luego, el gobierno debe intervenir para la protección y defensa de los derechos humanos, así como de los criterios que considera básicos para promover su bienestar, también establece criterios aspiracionales que podrían mejorar la sociedad desde la idea de justicia social.

A continuación, se presenta la Tabla 12 elaborada para sintetizar las amenazas, los riesgos que de ellas derivan y los posibles empoderamientos para las personas adultas mayores.

### **Tabla 12**

*Identificación de las amenazas, los riesgos y las circunstancias de empoderamiento en el contexto jurídico de las personas adultas mayores*

<b>Amenazas</b>	<b>Riesgos</b>	<b>Empoderamiento</b>
		Recibir acciones y apoyos tendientes a disminuir su desventaja
Vida precaria	Desventaja social	Albergues, casas hogar, centros de atención especializados y centros de día, orientación del INAPAM, atención médica por parte de



		instituciones públicas del sector salud
		Agentes morales autónomos e informados para las tomas de decisiones
		Oportunidades de desarrollo productivo
		Hacer valer las leyes
Transgresión de los derechos humanos	Desamparo, incapacidad, marginación o sujetos de maltrato (LAS, Art. 4)	Protección y defensa de los derechos humanos
		Hacer valer las leyes
	Soledad, abandono, discriminación, discapacidad, maltrato en sus diversas expresiones (NOM-031-SSA3-2012)	Ejercicio de la capacidad física y mental (LGS, concepto de salud) Asesoría y atención del INAPAM para el bienestar de los adultos mayores
	Grupo en riesgo: dificultad de la disposición y acceso a los recursos de alimentación. Grupo vulnerable: desnutrición (NOM-169-SSA1-1998)	Eficacia de los programas sociales para perseguir libremente fines y planes de vida propios y participar de la construcción social (LGDS) Hacer valer las normas y leyes

#### 4.1.3 Implicaciones jurídicas en las políticas públicas.

Al pensar en políticas públicas, uno de los primeros ítems que resalta es el marco jurídico, en el tema que interesa a esta investigación ¿qué estructura jurídica podría hacer valer al programa de pensión no contributiva y de la priorización de vacunación? ¿qué derechos humanos lo nutren como parte del sustento teórico de estas políticas públicas? En este apartado las políticas públicas deben tener un fuerte sustento jurídico, si no cuentan con este, difícilmente se pueden concretar en la práctica y consolidarse a través del tiempo.

Las preguntas formuladas se responden en el segundo 2: la pensión no contributiva se justifica jurídicamente a través del respaldo Constitucional por medio de su incorporación en el presupuesto de egresos anual; también está alineado al PND 2019-2024, específicamente a través de la Secretaría de Bienestar; mientras que su validación a través del CONEVAL, en tanto impacto a la pobreza, destaca la contribución al bienestar

y a la igualdad de las personas adultas mayores. El marco de derechos humanos está fuertemente inclinado a mejorar el bienestar y revertir la desigualdad de este grupo etario, a través de un sistema de protección social que vele por la dignidad humana.

Por su parte, la política de priorización de vacunación se justifica jurídicamente como reacción gubernamental ante los riesgos de la emergente pandemia. Constituye una política pública extraordinaria y necesaria ante un emergente problema de salud pública en la población mexicana, pero también estuvo influenciada por los acuerdos internacionales como fue el mecanismo COVAX. El marco de derechos humanos está centrado en el derecho a la protección de la salud.

México, integró en 2011 los derechos humanos a su Constitución, haciendo obligatoria su concreción y cumplimiento. De acuerdo con el marco jurídico nacional y en consonancia con los derechos humanos, hay un “efecto cascada” que debe impregnar al marco jurídico mexicano: hacer valer las leyes, las normas, etc. Y que éstas, a su vez, consideren el respeto y la promoción de la dignidad de las personas. Como parte de dicha consideración y de conceptos como el de salud de la OMS entonces, se espera que el gobierno mexicano ejecute acciones que atiendan de manera integral el bienestar de su población.

En el contexto de las políticas públicas mexicanas, el INAPAM es el principal órgano de generación y supervisión de políticas públicas que debe procurar el bienestar de este grupo etario conforme la disponibilidad de recursos gubernamentales. Es así que el INAPAM tiene una amplia oferta de acciones y programas a favor de las personas adultas mayores (cf Figura 3). Sólo algunos de éstos tienen cobertura a nivel nacional y la expectativa es que se amplíen a todo el territorio mexicano.

En contenido, todos los programas y acciones abonan a validar al INAPAM como órgano rector, además se resalta el hecho de que en su versión más reciente el Instituto no parte de la idea de necesidad y vulnerabilidad de los adultos mayores, sino que lo hace desde la perspectiva de derechos humanos donde los adultos mayores pasaron de ser sujetos de derechos asistenciales a titulares de derechos humanos y, por tanto, deben considerarse múltiples aristas para su desarrollo integral.

Con base en lo anterior, y considerando las amenazas, los riesgos y las áreas de oportunidad para el empoderamiento, se destaca que los adultos mayores requieren del fortalecimiento de vinculaciones más concretas con el área laboral.

Un ejemplo exitoso de la intervención del INAPAM con el área laboral es la vinculación del voluntariado en los supermercados, éste a su vez, constituye una ayuda económica y anímica a las personas adultas mayores. Sin embargo, ya que el INAPAM es un órgano especializado en este grupo etario y tiene la posibilidad de generar mecanismos de vinculación a nivel nacional, podría generar alianzas con las empresas para que las personas adultas mayores puedan laborar de manera formal, de forma remunerada, con acceso a la seguridad social y prestaciones de ley.

Siendo que hay un ánimo generalizado en este grupo etario por seguir laborando y que hay una tendencia a la pobreza, el voluntariado en los supermercados podría significar la vía de acceso a los servicios de salud y gastos de bolsillo, al fortalecimiento del valor social y a la autopercepción de valía, pudiendo así focalizarse la pensión no contributiva en quienes no puedan y no deseen integrarse al campo laboral o con niveles de pobreza extrema, mientras que quienes sí deseen hacerlo puedan ayudar a la distribución de dicho recurso al grupo restante pero que también tendría oportunidades de abonar a otras condiciones de bienestar.

Otro aspecto a resaltar es la conciliación entre lo deseable y lo plausible, pues el hecho de que la pensión no contributiva se haya adicionado a la CPEUM como parte de los programas que deben incluirse cada año en el erario, deja como tema de escrutinio social el cómo hacer sostenible la creciente cantidad de afiliados y el creciente porcentaje de incremento económico anual.

Finalmente, la identificación de las vulnerabilidades en el contexto jurídico para las personas adultas mayores significó un reto, en tanto el marco jurídico regula lo deseable y lo punible, ¿cómo se podría evidenciar vulnerabilidades reales en el tercer nivel de análisis? De manera general se presentan dos caminos para responderlo. Por una parte, a través del análisis del marco jurídico, podría deducirse una adecuación entre los problemas públicos y las normas, análisis que excede el objetivo de la presente

investigación. Por otra parte, podría presentarse literatura que justifica cuáles han sido los delitos que han denunciado las personas adultas mayores, mermando su integridad y/o su patrimonio.

Se eligió la segunda vía porque complementa de una mejor manera el objetivo de la presente investigación, al apuntar la realidad de los adultos mayores respecto a la transgresión al marco jurídico. Debe señalarse una deficiencia al optar por este último camino, si bien, las tendencias son nacionales, la cantidad de denuncias consumadas respecto a la cantidad de delitos cometidos puede que no haga justicia a la realidad total de los adultos mayores. Teniendo este panorama en cuenta, se presenta la literatura de justificación.

Para identificar vulnerabilidades provenientes del contexto jurídico se tomará como documento eje el *Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México* de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (2019). La razón que motivó a su elección es la especificidad en la identificación de los mecanismos jurídicos para la protección de las personas adultas mayores y la respuesta institucional para dar cuenta de las tendencias de los delitos sobre la transgresión de los derechos humanos hacia este grupo etario. El *Informe* identifica las denuncias entre enero del 2014 a febrero de 2016.

Lo anterior se complementa con el documento *La consolidación de los registros y estadísticas delictivas en México* (Vélez, Vélez, Rodríguez, Rodríguez, Fernández, Díaz, Lechuga y Canizalez, 2018). Este documento constituye un instrumento para implementar una mejor metodología en el registro de la información de víctimas de delitos en México. Compone un esfuerzo de la sociedad civil para la mejora de los registros de los delitos cometidos y bajo qué modalidades están operando los grupos delictivos. Es usado para contrastar los datos de los delitos registrados por la CNDH. El documento identifica las denuncias entre 2015 y 2017.

Según el *Informe* las personas adultas mayores son especialmente vulnerables por

enfrentar situaciones que anulan o menoscaban su dignidad, y su carácter de sujetos de derechos humanos, las cuales constituyen un obstáculo para que

disfruten de una vida plena, se garantice el acceso a sus derechos y sean tomados en cuenta como agentes autónomos participativos en su familia, comunidad y Estado (CNDH, p. 218).

Los resultados del *Informe* exponen que las denuncias hechas por los adultos mayores fueron en su mayoría delitos patrimoniales (57%)<sup>26</sup>, seguidos por la violencia intrafamiliar (16%), lesiones (8%), amenazas (5%) y homicidios (4%) (2019).

Como puede notarse, el mayor porcentaje de los delitos (riesgos consumados) contra las personas adultas mayores se centran en la parte material, situación de la que pueden ser víctimas otros grupos etarios. Sin embargo, una revisión general da cuenta que este grupo etario está en una situación generalizable respecto al resto de la población en cuanto a los delitos patrimoniales que incluyen

despojo, robo a casa habitación, de vehículos, a negocio o transeúnte, fraude, daños en propiedad privada, allanamiento de morada y abigeato [... Un porcentaje pequeño pero relevante cualitativamente es la] violación y abuso sexual; privación ilegal de la libertad; abandono de persona; omisión de cuidados; responsabilidad médica; trata de personas; explotación, y discriminación. En 9% de los casos, las autoridades no proporcionaron información sobre el tipo penal (CNDH, 2019, p. 145).

Según los datos del *Informe* la mayoría de las carpetas de investigación fueron por delitos patrimoniales (desglosado por robo (74%), daño a la propiedad (14%), fraude (7%) (p. 27) y la segunda causa de incidencia obedece a delitos contra la familia.

También se señala la amenaza sobre el desconocimiento del contexto particular del colectivo de los adultos mayores, dibujando el riesgo de que se impida tener claridad sobre los objetivos que deben tener las políticas públicas respecto a la atención integral en este grupo (CNDH, p. 220). Respecto a las quejas institucionales por delitos hacia las personas adultas mayores, se dirigieron al IMSS (811), ISSSTE (465), SEDESOL (344) e INFONAVIT (59), cuyas afectaciones fueron a la seguridad pública (43%), a la

---

<sup>26</sup> De 34 200 denuncias 2 945 fueron denuncias hacia los propios los familiares (p. 145).

protección a la salud (38%), a la legalidad (9%), al trato digno (6%) y a petición (4%) (CNDH, 2019, p. 208).

En lo que respecta a la identificación de vulnerabilidades que no dependan de las denuncias (vulnerabilidad medible), la CNDH plantea una ruta que puede dar luz sobre el tema:

El acceso a la justicia es un camino complejo para las personas mayores, tal afirmación se deduce del gran porcentaje de averiguaciones previas y carpetas de investigación cuyo estatus se desconoce, el reducido número de las que han sido consignadas, y el alto índice de ellas que permanecen en el archivo. Debe insistirse en la generación de indicadores de calidad que puedan dar cuenta del trato que reciben el grupo etario de 60 años en adelante cuando acude a una agencia ministerial a formular una denuncia (p. 225).

Algunas recomendaciones del *Informe* pueden demostrar oportunidades evidentes para evitar riesgos que deriven en vulnerabilidad a las personas adultas mayores como: atender las causas que los llevan a solicitar asistencia social (p. 220), informar y asesorar tanto a la familia como a las personas adultas mayores sobre la disposición de los bienes, incentivar la sensibilización de los servidores públicos sobre los derechos humanos de las personas adultas mayores y mejorar las condiciones que puedan favorecer su independencia, bienestar y participación integral (p. 221), además de concretar los servicios de los cuidados paliativos en los sistemas de salud. Es de especial relevancia la recomendación sobre el acceso a la justicia en tanto

que las procuradurías y Fiscalías estatales puedan realizar una rápida intervención en los casos de maltrato de las personas mayores de 60 años, tanto en el ámbito familiar como el institucional, manteniendo un canal de comunicación abierta y directa con aquellas instituciones públicas y privadas que puedan solicitar su apoyo para salvaguardar la integridad de los afectados (p. 224).

Esta última recomendación se considera la más concreta respecto a la posible identificación de una vulnerabilidad jurídica.

Habiendo expuesto el escenario general de amenazas, riesgos y empoderamientos en la Tabla 12, ahora puede configurarse el fundamento del vínculo amenaza-riesgo-vulnerabilidad que se sintetiza en la Tabla 13.

**Tabla 13**

*Identificación de posibles escenarios de vulnerabilidades en la perspectiva jurídica*

<b>Amenaza</b>	<b>Riesgos</b>	<b>Vulnerabilidad</b>
Soledad, abandono, discriminación, maltrato, desamparo, marginación	Deficiente intervención de las procuradurías y fiscalías	Injusticia Menoscabo de la dignidad
	Pobreza	Desigualdad
	Estereotipos	Violencia, muerte
No lograr garantizar los derechos a la salud y los derechos sociales	Inadecuadas políticas públicas	Desigualdad

El contexto jurídico tiene como objetivo la protección de su población y el empoderamiento de los grupos vulnerables. En el caso de la pensión no contributiva se especifica la existencia de la afectación a los derechos humanos por “diferencias en el trato, negación de derechos y estereotipos vejatorios hacia las personas adultos mayores” (Secretaría del Bienestar, 2021, párr. 21). Dicho programa especifica las “desventajas” que agudizan su situación o condición negativa:

indígenas, afromexicanas, mujeres, personas con discapacidad o por el lugar de residencia; lo cual impacta negativamente en las brechas de desigualdad económica, que pueden representarse en ingresos, seguridad social, servicios de

salud, participación en la vida política, cultural y recreación, en menoscabo de la dignidad de las personas adultas mayores (Secretaría del Bienestar, 2021).

En el caso de la priorización de vacunación no se identifican vulnerabilidades jurídicas hacia la población de adultos mayores, sin embargo, podría pensarse en aquellos grupos que no se identifican vulnerables, pero pueden llegar a serlo.

Un caso paradigmático se expresó en los juicios de amparo que los padres de menores de 12 años interpusieron para que sus hijos fueran vacunados (Save the Children México, 2022), en tanto que la Comisión Federal para la Protección contra los Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) ya había aprobado el uso del biológico del laboratorio Pfizer. Así, aquellos grupos que históricamente habían resistido mejor a la COVID-19, ahora sus tutores apelaban a mecanismos jurídicos para obtener su vacunación en tanto que la prioridad no les había favorecido en una sociedad mayoritariamente vacunada por criterios cronológicos descendentes.

Por lo tanto, a través de la revisión de los dos documentos de referencia se han podido constatar las denuncias que los adultos mayores han interpuesto en contra de algunas instituciones, terceros o, incluso la propia familia. Ese daño consumado puede abonar a dar sentido a la afectación o anulación de los derechos humanos mencionados en las Reglas de operación de la pensión no contributiva.

Recordando que una de las recomendaciones de la CNDH es generar indicadores de calidad en cuanto a la atención en las agencias ministeriales y que el riesgo por maltrato a las personas adultas mayores es uno de los rubros más apremiantes (2019), podría seguir apostándose por identificar cuáles son los riesgos a los que se enfrenta este grupo etario y consolidar empoderamientos para aplicarlos y difundirlos como una prioridad que proteja su dignidad humana.

#### **4.2 Perspectiva cultural**

En las perspectivas de la salud-enfermedad, lo sociodemográfico y lo jurídico, se revisan algunos juicios, estableciendo una fotografía de la realidad, especialmente en México.



Las sociedades están en constante cambio por lo que la expectativa del progreso social puede y debe ser constantemente monitoreada.

Existen algunos juicios sociales que marcan una relación directa de las personas adultas mayores como “disminuidos” ante la población más joven. En general, podría concluirse que sí hay una tendencia en la disminución de las capacidades y funciones de las personas adultas mayores, sin embargo, es importante resaltar que la pluralidad de circunstancias y padecimientos merecen un permanente escrutinio al momento de pensar en cómo atenderlas desde las políticas públicas.

Otro aspecto nodal es la proximidad con la muerte pues, de acuerdo con el curso de vida, lo natural es que en algún momento de la vejez el cuerpo perezca. Aunque la memoria de la persona pudiera sobreponerse a la extinción biológica -hasta el momento definitiva-, pareciera que las consideraciones sobre la vejez en el imaginario colectivo tienden a ser negativas.

El tema de la muerte es más complejo porque no sólo es biológico, sino también biográfico. En ese sentido, cobraría especial relevancia la vulnerabilidad ontológica, que reconoce nuestra finitud y la abraza a lo largo del curso de vida.

Lolas (2000) reflexiona sobre la vejez desde algunas consideraciones de la antropología médica y la bioética, destacando que:

la asociación entre vejez y muerte es ubicua. La vejez, como ocaso, también se niega públicamente. Es tanto crepúsculo cuanto ocaso. Y ocaso es palabra que recuerda a otra: occiso, muerto. También la vejez es percibida como venir a menos, como una falta de firmeza, que es, en rigor, la enfermedad (p. 98).

El imaginario social respecto a la vejez y el envejecimiento, puede impregnar las distintas áreas de la realidad de las personas adultas mayores, dando sentido a diversas prácticas sociales que necesitan revisar su pertinencia o reconsiderar su uso porque puede victimizarlos, así como idealizarlos innecesariamente.

Muchos de los juicios sociales tienen su origen en la perspectiva cultural, en las consideraciones sociales que favorecen o perjudican a los miembros de las sociedades

(Rice, Löckenhoff y Carstensen, 2002). Aplicado esto al grupo de los adultos mayores, se harán algunas revisiones teóricas sobre los prejuicios sociales, se cotejarán con algunas encuestas nacionales en México para mapear algunas tendencias del imaginario social y finalmente, se identificarán algunas implicaciones del contexto cultural en las políticas públicas.

La identificación de algunas vulnerabilidades en el contexto cultural, permite saber qué de aquellas actitudes y comportamientos está generando escenarios de daño a las personas adultas mayores. Se anticipa que las vulnerabilidades culturales identificadas en la investigación son: el paternalismo, la injusticia, la discriminación, la irresponsabilidad, el trato indigno y, la inequidad al acceso a los servicios de salud. Lo anterior, requirió un proceso de búsqueda de información y análisis que se desglosa para justificar cómo es que se llegó a identificar los escenarios de amenaza, riesgo, empoderamiento y vulnerabilidad.

#### **4.2.1 Percepción cultural sobre las personas adultas mayores**

De acuerdo al contexto sociodemográfico (cf apartado 3.1), actualmente las personas adultas mayores se identifican a través del criterio cronológico de la edad entre 60 y 65 años. Este criterio obedece más a un consenso que a una característica definitiva, pues también se ha podido constatar desde la salud-enfermedad (cf apartado 3.2) que la vitalidad física y mental puede incidir en un muy buen nivel de vida pese al desgaste propio de la edad.

La vinculación de la ética, la política y la vulnerabilidad, así como la justificación de la vulnerabilidad, han ido cambiando a través de la historia occidental, por tanto, también puede identificarse un cambio en la percepción hacia las personas adultas mayores.

Carbajo (2009) resalta que desde la antropología se identifican tres modelos culturales: el primero en las sociedades cazadoras-recolectoras (p. 88) donde eran pocos los de mayor edad y, por tanto, tenían la estima de su sobrevivencia debido a su fortaleza y conocimiento acumulado, aunque en situaciones límite corrían el riesgo de ser eliminados para favorecer a los más jóvenes. El segundo obedece a las sociedades agrícolas y ganaderas (p. 89), donde contaban con gran prestigio porque disponían de bienes

acumulados a lo largo de su vida, porque no dejaban de tener tareas importantes para el desarrollo de todo el grupo, porque dominaban los ritos mágico-religiosos, las tradiciones, las técnicas de cultivo y del mantenimiento de los animales. Además, continúan siendo pocos los que llegan a esta edad por lo que conservan un prestigio político y social. Finalmente, el tercero está en las sociedades industriales donde “los mayores están generalmente aislados del resto del grupo o reciben ayuda de sus descendientes mientras no pongan en peligro su nivel de bienestar estándar” (p. 89).

Este fenómeno se explica desde distintas aristas. Se identifica una cierta independencia mientras las personas adultas mayores puedan valerse funcional y económicamente por sí mismos; cuando la pierden, recurren a sus redes de apoyo; éstos a su vez, ayudan a sus personas adultas mayores siempre y cuando no merme el confort en su estilo de vida. Otro aspecto importante también radica en la situación conyugal: cuando no tienen pareja también se genera cierto desempoderamiento. Estos escenarios reflejan la pérdida de poder y prestigio en este grupo etario, mientras que quienes tienen la posibilidad de “producir” son los que suelen tomar la batuta de las decisiones.

Lo anterior encuentra fuerza en el concepto de “productivo-joven” (Fajardo y Olivares, s. f, p.60) que impregna tanto al ámbito político como al imaginario social donde se tiene una gran estima por cierto perfil del cuerpo, de la belleza y de la salud, y que es reforzado por los medios de comunicación; dichos ideales son los referentes de lo permitido, el resto es desdeñable; esta situación concuerda con el contexto de la vulnerabilidad durante la Modernidad (cf apartado 1.1).

Por lo tanto, ante el rol productor, las personas adultas mayores pueden llegar a desempeñar ciertos roles de compensación dentro del núcleo familiar; el caso más común es el cuidado de los nietos, pero también se identifican la actividad del mantenimiento de la limpieza y de los arreglos del hogar. A lo anterior, se agrega que el imaginario social corrobora dichos roles de las personas adultas mayores en todos los grupos etarios, validando que persistan en el tiempo.

#### **4.2.1.1 Consideraciones teóricas.**

En el capítulo 2, la ASF resalta que uno de los grandes obstáculos que afectan a las personas adultas mayores son “los problemas asociados a la percepción que tiene la

sociedad sobre los adultos mayores” (ASF, pp. 24-25), este obstáculo inmaterial, tendría diversos efectos, entre los más apremiantes, la limitación del ejercicio de las libertades de las personas adultas mayores.

Se identifican dos tipos de prejuicios culturales: los estereotipos y la discriminación, ambos están íntimamente relacionados. Pueden identificarse dos vertientes de los prejuicios culturales, una positiva y otra negativa: mientras que la primera tiende a ser optimista e idealizada, la segunda es negativa y deteriorada. Ambas pueden identificarse en las personas adultas mayores, aunque la negativa es la más común (Fajardo y Olivares, s. f.; Carbajo, 2009; Lolas, 2000).

Los estereotipos son falsas concepciones que actúan a modo de clichés en el acercamiento a un fenómeno, grupo social u objeto. Son inexactos y generalmente despectivos, y pueden favorecer la aparición de conductas discriminatorias.

Han sido definidos como ideas sobre las características personales de la mayoría de un grupo de personas que tienden a ser resultado de simplificaciones y son opiniones sesgadas de las que desconocemos su veracidad o falsedad (Carbajo, 2009, p. 88).

Dentro de los estereotipos negativos, Carbajo (2009) identifica cuatro tipos: el cronológico, que lo vincula con el riesgo de discriminación; el biológico que vincula la vejez con las enfermedades, discapacidades y muerte, siendo necesarios y constantes los servicios de salud y atención como son los asilos y residencias permanentes; el psicológico que incluiría la salud-enfermedad mental, además del posicionamiento actitudinal ante su entorno y su propia persona, por ejemplo, el estereotipo de que se resisten al cambio o que tienen un comportamiento rígido; el sociológico que vincula un desfase entre los intereses sociales y las relaciones comunitarias, por ejemplo la pasividad y aislamiento de las personas adultas mayores ( p. 91).

Los estereotipos se interiorizan en las propias personas adultas mayores, generando una autopercepción negativa (Fajardo y Olivares, s. f. y Carbajo, 2009) y, en consecuencia, se genera el clima idóneo de la amenaza del viejismo o edadismo a través de actitudes de segregación y rechazo.

La relevancia de los prejuicios culturales como acciones u omisiones que dañan a este grupo etario ha escalado a instituciones internacionales como la OMS que en el 2021 lanzó una Campaña Mundial contra el Edadismo. Las consecuencias del edadismo afectan a todos los grupos etarios, ésta contempla tres dimensiones “los estereotipos (cómo pensamos), los prejuicios (cómo nos sentimos) y la discriminación (cómo actuamos) hacia las personas en función de su edad. Puede ser institucional, interpersonal o autoinfligido” (OMS, 2021b, párrafo 1).

La amenaza del edadismo puede derivar en situaciones de daño, de injusticias que se perpetúan en el tiempo como es afianzar el atomismo generacional como aquella falta de vinculación entre generaciones y como una falta de solidaridad intergeneracional. Fajardo y Olivares (s. f.) también resaltan los actos sociales limitantes y discriminatorios hacia las personas adultas mayores que merman sus posibilidades para las tomas de decisiones respecto a su vejez, dado que las actitudes negativas están fuertemente relacionadas con la marginación y la pobreza económica.

Conviene resaltar un daño aparentemente sutil pero muy presente: la “falta de respeto”, que es aquella violencia psicológica de especial perjuicio autopercebido por los adultos mayores (OMS, 2002, citado por Fajardo y Olivares, s.f. p. 62). Así, una violencia aparentemente sutil termina siendo la más aguda e invisible en lugares como el propio hogar o en el trato institucional, reforzando la idea de que en la vejez hay una pérdida sin retorno de capacidades y habilidades.

Un valor dicotómico que juega un importante papel en los estereotipos es el del poder, entendido como “el valor que los viejos tienen en la escala social por razones diversas: políticas, familiares, económicas o intelectuales” (Fajardo y Olivares, s. f., p. 72). Esta variable evidencia que no es la edad *per se* la que genera estereotipos (negativos o positivos), sino la pérdida o la idea de que las personas adultas mayores no pudieron obtener algo valioso a lo largo de su vida, reflejado en criterios individuales: intelectuales, de belleza, del cuerpo, de salud; o extrínsecos: de poder político, familiar y económico. Dichos criterios tendrían la cualidad de retraer o revertir los estereotipos y exaltar el éxito personal y social.

Aún con el arraigo social de los prejuicios culturales, la perspectiva más reciente de consideración por la vejez, aboga por evidenciar su pluralidad y resaltar su experiencia y carácter dentro de su valía personal y social, ya sea: por iniciativas internacionales de dignificación de la vejez; por consideraciones teóricas que permitan identificar y reflexionar a la vejez y el envejecimiento con mejores paradigmas; por políticas públicas que atiendan los problemas públicos de esta población; o por generar mejores vínculos intergeneracionales. Por esta razón, la diversidad de acciones va teniendo un entramado que apuesta por un bienestar integral y plural para las personas adultas mayores.

#### ***4.2.1.2 Consideraciones desde la opinión pública.***

La percepción general sobre la vejez y el envejecimiento cobran gran importancia. En el caso de las personas adultas mayores, la imagen que la sociedad tiene de ellas impacta en su bienestar subjetivo que, a su vez, tiene consecuencias en su estado de salud.

En los contextos de este grupo etario, se evidencian algunas de estas repercusiones, por ejemplo, el apartado jurídico lo refleja en el registro de denuncias por parte de los adultos mayores, o por los temas integrados en las leyes, normas y los derechos humanos que pretenden frenar el daño o proteger la dignidad de las personas (cf apartado 4.1) ; en el apartado de la salud-enfermedad, se expresa a través de los registros epidemiológicos o del bienestar subjetivo que va desde la resiliencia, hasta la merma de su salud al punto de derivar en la muerte (cf apartado 3.2).

El apartado de las encuestas nacionales pretende dar luz sobre algunas de las actitudes y preferencias en la sociedad mexicana. Las encuestas indagan sobre las personas adultas mayores y están respaldadas por instituciones de prestigio. Se revisaron la Encuesta Nacional de Envejecimiento y la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. Se eligieron algunas de las preguntas y respuestas más significativas sobre cómo perciben y cómo se autoperciben las personas adultas mayores en temas como la responsabilidad de su cuidado, sus principales necesidades o los principales daños a los que se enfrentan en su día a día.

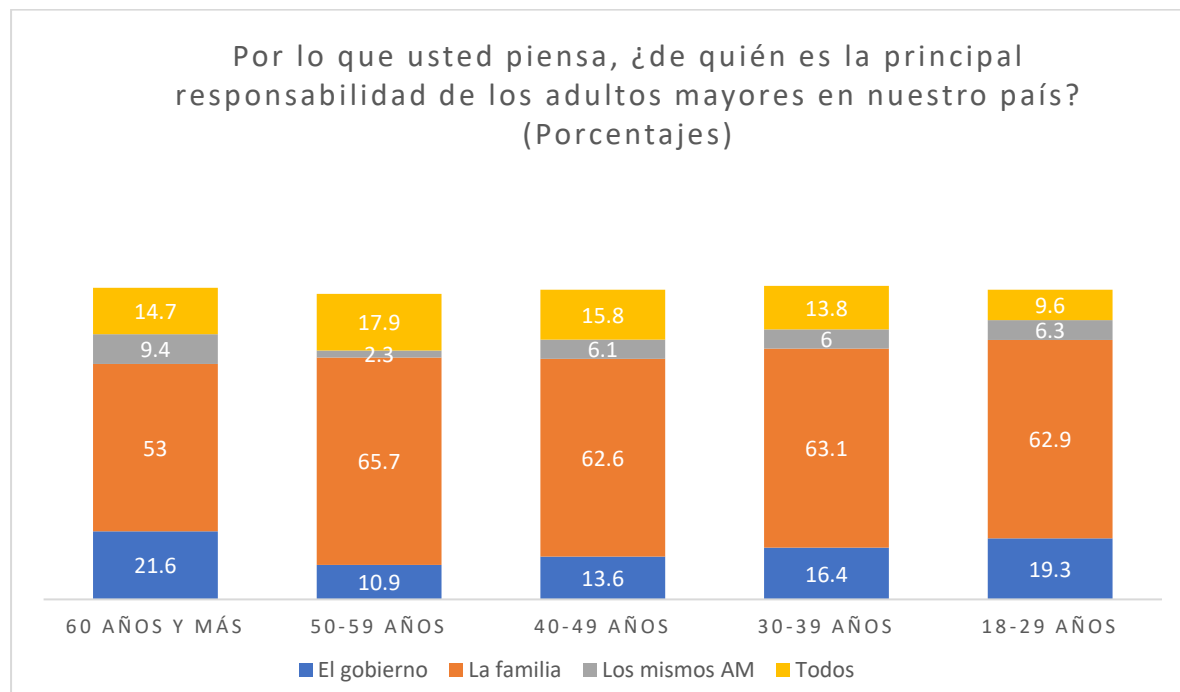
Desde un enfoque ético, la moral social se expresa en las encuestas sobre la percepción hacia las personas adultas mayores. Sus resultados incluyen la exclusión social, a través de estereotipos negativos, discriminación y estigmatización; así como una percepción de

autonomía y responsabilidad personal, familiar, social y gubernamental. Los resultados pueden tener la cualidad de reflejar las tendencias de las actitudes, los valores y las creencias reales de la sociedad y, por lo tanto, ayudar a identificar y dimensionar problemas y oportunidades en nuestra sociedad mexicana.

Se exponen y comentan las Figuras 5, 6 y 7 que contienen preguntas y respuestas especialmente relevantes para la presente investigación.

### Figura 5

*En quién reside la principal responsabilidad de las personas adultas mayores en México*



Nota. Adaptado de *Por lo que usted piensa, ¿de quién es la principal responsabilidad de los adultos mayores en nuestro país?*, de Encuesta Nacional de Envejecimiento. Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales, 2015, p. 122.

La Figura 5 da cuenta del bajo porcentaje de la responsabilidad del autocuidado, que oscila entre un 2.3% y 9.4% por grupos de edad, situación que llama la atención, no sólo por la desestimación de la importancia de cuidar el propio cuerpo y su bienestar, que ya lleva implícita la autonomía para la propia toma de decisiones.

Llama la atención la posibilidad de que el bajo porcentaje de responsabilidad por el autocuidado en las personas adultas mayores obedezca a una idea de delegarlo a las generaciones más jóvenes porque, así como ellos cuidaron, ahora merecen ser cuidados. Siguiendo a López y Gutierrez (2015) el concepto de obligación filial es aquella “norma social [...de obligaciones] que tienen los hijos adultos y su compromiso a respetar y cuidar a sus padres cuando sean mayores” (p. 117), encontrando sentido como pauta implícita en las dinámicas sociales.

A su vez, la reciprocidad o solidaridad intergeneracional entendida como la “cohesión social entre generaciones” (López y Gutierrez, 2015, p. 117), también constituye un concepto que, en la práctica puede seguir reconfigurándose para adaptarse a las nuevas dinámicas sociales en las que, aun cuando hubiera peligro de ruptura, el Estado tendría que hacer uso de mecanismos para proteger un mínimo de vida digna para las personas adultas mayores.

Para ejemplificar lo anterior se pueden mencionar dos casos internacionales: en Francia y Londres, algunas residencias permanentes para las personas adultas mayores, tiene programas donde los niños de guardería acuden a los asilos a pasar algunas horas (Gimberg, 2018; Cole, 12/11/2018). Así, las personas adultas mayores conviven con niños pequeños en un ambiente controlado, teniendo como recompensa mejorar su bienestar subjetivo; segundo caso, en Europa hay programas intergeneracionales de alojamiento donde los jóvenes pueden rentar un departamento compartido a bajo costo a cambio de que su compañero sea un adulto mayor, y sus resultados también han sido positivos (Home Share International, 2022), (Centro de Documentación y Estudios SIIS, 2018).

En México la responsabilidad ha recaído principalmente en la familia y esto pareciera no haber sido un problema social, sin embargo, como se establece en el apartado sociodemográfico, los cambios ocurridos durante el siglo XX modificaron la dinámica tradicional dando como resultado nuevas estructuras y actitudes, entre las que se resalta la conformación de familias pequeñas, la inserción de la mujer al mercado laboral y el incremento de la esperanza de vida (cf apartado 3.1).



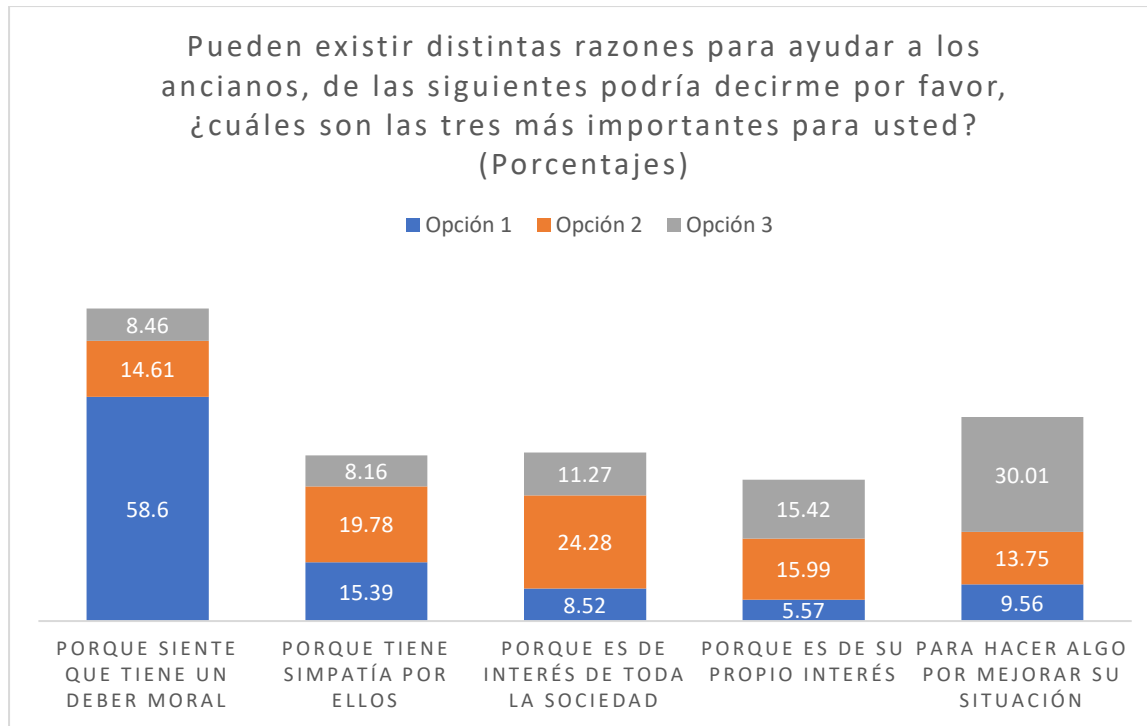
Tan sólo estos tres factores están haciendo cambios drásticos en las relaciones intergeneracionales; el tema del cuidado familiar se está limitando por la distancia geográfica, el incremento de la cantidad de años de cuidado, la especialidad de cuidados que en algunas ocasiones requiere la persona adulta mayor, la cantidad de integrantes en el hogar que tienen que trabajar, etc. Por tanto, la conciliación del cuidado de la familia hacia las personas adultas mayores pareciera estar en declive por las condiciones estructurales que también tienen impacto en las actitudinales.

El marcado porcentaje de la responsabilidad familiar sobre el cuidado de los adultos mayores, expone una variante interesante entre los encuestados adultos mayores porque consideran que casi el 50% de la responsabilidad corresponde a su familia, mientras que, entre los encuestados de 50 a 59 años, la responsabilidad familiar incrementa a casi un 65%.

Lo anterior, podría ejemplificar la idea de que, es la familia como productora la que “debe dar su ayuda” siempre que ésta no merme su dinámica de confort. Por otra parte, parece estar fuertemente presente la obligación filial y la solidaridad intergeneracional como el principal móvil entre los actores implicados, ¿será que se asume que el cuidado de las personas adultas mayores sólo debe darse al interior de los hogares o que al gobierno le corresponde resolver otro tipo de temas para el bienestar de las poblaciones? A pesar de la marcada tendencia de establecer el cuidado en la familia, es el grupo de 60 y más el que de cierta manera, equilibra mejor las tendencias de las responsabilidades.

## **Figura 6**

*Principales razones para ayudar a las personas adultas mayores*



Nota. Adaptado de *Pueden existir distintas razones para ayudar a los ancianos, de las siguientes podría decirme por favor, ¿cuáles son las tres más importantes para usted?*, Encuesta Nacional de Envejecimiento. Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales, 2015, p. 126

En la Figura 6 es de especial interés las inclinaciones sociales que motivarían a ayudar a las personas adultas mayores. La Figura 6 no está segmentada por grupos etarios, sino por las tendencias de respuestas según la motivación seleccionada. La mayor tendencia está orientada al deber moral de cuidar de las personas adultas mayores porque se asume que tienen menos herramientas u oportunidades frente a otros grupos de edad; le sigue la idea del bien común o interés de toda la sociedad y finalmente, el interés de que tengan mejores condiciones de vida. Por tanto, las tendencias de las respuestas van de la interiorización de un deber moral de ayuda, pasando por el bien común, después el mejorar sus condiciones de vida, le sigue la simpatía y finalmente, la resolución del interés personal.

Es de especial relevancia por su implicación ética la pregunta sobre ¿qué nos mueve a ayudar al otro, y, sobre todo, al otro en su condición de adulto mayor? La obligación filial

y la solidaridad intergeneracional constituyen compromisos sociales interiorizados en beneficio de los demás miembros, pero también pueden entrar en juego otros paradigmas como la simpatía, que, aunque ha perdido vigencia en las sociedades occidentales contemporáneas, ha jugado un papel medianamente constante en la percepción social de las personas adultas mayores.

También puede jugar un papel de conversor de los prejuicios culturales negativos en tanto que alguna circunstancia de “poder”, suprime el prejuicio y enaltece la simpatía. Aunque también puede darse una simpatía por prejuicios culturales positivos, como esa imagen idealizada del adulto mayor que entenece y que merece ayuda bajo un móvil espontáneo y atractivo.

Una última respuesta por destacar de la *Encuesta Nacional de Envejecimiento* es la priorización de los programas o servicios para ayudar a las personas adultas mayores. A mayor número asignado a cada política social se da una mayor importancia.

### **Figura 7**

*Priorización de programas o servicios para ayudar a las personas adultas mayores*



El panorama de acciones en favor de los adultos mayores se inclina por una fuerte tendencia hacia las ayudas económicas y los descuentos o exención de pagos, por ejemplo, la tarjeta INAPAM, situación que está completamente alineada a las políticas de mayor empuje de la actual administración.

La valoración de la importancia de las políticas públicas, da para pensar cómo la sociedad asocia la efectividad de éstas para las personas adultas mayores, tiene un mayor puntaje aquellas que promueven condiciones materiales (exenciones de pago o aumento de la pensión) así como de la atención de la salud biológica; sin embargo, las condiciones más subjetivas como la inclusión social o los servicios psicológicos son políticas públicas con una mediana importancia.

Teniendo en cuenta que la población general en México está en el rango de pobreza, en términos poblacionales no es de extrañar que las valoraciones se inclinen a paliar las deficiencias más inmediatas y evidentes en la población.

Finalmente, la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS), es relevante por tres motivos: concluye que la edad está entre los principales motivos de discriminación; señala que las mayores problemáticas identificadas por las personas adultas mayores son la pensión insuficiente para cubrir necesidades básicas (28.5%) y la falta de oportunidades para encontrar trabajo (22.5 %) (ENADIS, 2017).

Respecto a los porcentajes de la autopercepción del respeto a los derechos de las personas adultas mayores en 2010 el 57% están de acuerdo con que no se respetan sus derechos humanos (están completamente de acuerdo o de acuerdo) (ENADIS, 2011, p. 76) en comparativa con la encuesta del 2020 donde el 44.5% opinó que se respetan poco o nada (ENADIS, 2020, p. 51). Estas percepciones tienen algunas variantes según el estrato económico y de escolaridad, aunque la tendencia se mantiene en términos globales. La autopercepción por el respeto de los derechos está yendo al alza.

Lo anterior puede ser un signo de que este grupo etario tienen mayor conocimiento de sus derechos y por eso, puede haber una tendencia a percibir o identificar una diferente afectación a los mismos.

Al preguntar por las principales problemáticas autopercebidas, la jerarquía de respuesta se identifica en: 1° la pensión es insuficiente para cubrir las necesidades básicas; 2° la falta de oportunidades para encontrar trabajo, 3° no cuentan con jubilación o pensión, 4° dependen económicamente de sus familiares, 5° son sujetos de maltrato, abandono o despojo de sus bienes, 6° carecen de acceso a los servicios de salud (ENADIS. 2020, p. 56). A través de los contextos que se exponen en los capítulos 3 y 4, dichas problemáticas encuentran justificación y se destaca el tema laboral como la prioridad menos atendida respecto al resto de problemáticas, siendo que podría abonar a mejorar su calidad de vida de una manera proactiva.

En conclusión, las encuestas nacionales sobre la percepción social hacia las personas adultas mayores permiten captar algunos significados sobre la vejez y el envejecimiento que pueden contribuir a tener una idea más fidedigna de cómo nos pensamos y qué deberes y responsabilidades asumimos como actores sociales hacia este grupo etario, pues no solo se trata de buscar aspiraciones por el “deber ser” sino que el “ser” sirve como parámetro sobre cómo nos valoramos y cómo nos tratamos como sociedad.

El panorama hasta el momento no es alentador, pero el trato social es uno de los mecanismos más inmediatos para promover cambios o reforzar el statu quo.

#### **4.2.2 El contexto cultural en las políticas públicas.**

A través de las encuestas revisadas (ENADIS, 2011 y 2020; López y Gutiérrez, 2015) se concreta cómo el trato social puede contener prejuicios culturales positivos o negativos y a su vez, que éstos influyen en las distintas esferas de la vida social. Uno de los resultados que llama la atención es el hecho de que la opinión pública sobre la priorización de los programas sociales para las personas adultas mayores (cf Figura 7) coincide con la priorización gubernamental de recursos de importancia hacia este grupo etario. Se destaca el *Programa de Pensión para el Bienestar* y se infiere la aprobación social sobre la prioridad de las personas adultas mayores en la vacunación contra la COVID-19.

Sin embargo, ¿será que dichas prioridades son producto de una ciudadanía propia de la “ética y la política de la responsabilidad” o que todavía nos falta madurar para ejercer una

ciudadanía? Recordando que los valores sociales se expresan a través de la opinión pública, entonces correspondería a los políticos operativizarlos a través del marco jurídico y las políticas públicas.

Al respecto, la OMS advierte sobre cómo los prejuicios culturales pueden afectar la eficacia de las políticas públicas, “el edadismo perjudica nuestra salud y bienestar y constituye un obstáculo importante para la formulación de políticas eficaces y la adopción de medidas relativas al envejecimiento saludable” (OMS, 2021b, Introducción, párr. 3). Entonces, ¿cómo formular políticas que por una parte eviten tergiversaciones como los estereotipos, pero que, por otra parte, puedan reflejar valores sociales orientados a una ética y política de la responsabilidad? Sin duda una pregunta que no es fácil de responder, con el agregado de que las acciones gubernamentales también pueden estar impregnadas por intereses partidarios, de miras a las elecciones o intereses personales de los políticos.

Un primer acercamiento a una respuesta desde la bioética lo señala Lolás (2000), al referirse a las políticas para vejez:

La propiedad [...] debería verse en que, proveyendo oportunidades justas, no caiga en el paternalismo, que es beneficencia sin autonomía [...] No es que lo caritativo, rectamente entendido, deba estar ausente de una reflexión ética sobre el envejecimiento y la vejez. Es más bien, la exigencia de un discurso crítico, no dogmático ni sentimental, la que debe guiarnos para examinar entre otros, ese curioso sintagma tecnocrático –“calidad de vida”- que en su polisemia incluye sin duda la perspectiva del “usuario”, del “cliente”, del que puede decidir, valorar y juzgar. De quien, no siendo técnico ni experto ni profesional, sabe que es su vida la vivida, su derecho el conculcado, su sociedad la que acepta o rechaza (p. 114).

En una línea similar en cuanto evitar extremos sentimentales y reconocer una visión amplia de la vejez, Carbajo (2009) rescata a la vejez como parte del ciclo de vida cuyas políticas públicas implica a todos los ciudadanos (p. 93). Lo anterior conlleva no sólo considerar a las personas adultas mayores como un grupo objetivo para los servicios

asistenciales, sino a saber cuáles son sus necesidades y con base en ello, generar respuestas gubernamentales que desarrollen su bienestar.

Un peso importante de la opinión pública está en la aprobación o desestima de las políticas públicas, por una parte, la sociedad puede no reconocer la acción gubernamental de la atención del potencial o real problema público, por otra parte, puede ser un móvil a modo de *politics* para generar simpatía de la sociedad y así, tener popularidad positiva en las próximas elecciones políticas (León y Castro, 12/01/23; Nuñez, s.f.) Si la aprobación social por la pensión no contributiva sigue siendo favorable, puede que dicha política y su priorización se mantenga en la siguiente administración gubernamental independientemente de la ideología política.

En la política de pensión no contributiva, la perspectiva cultural apoya su implementación y sin embargo, también resalta que la opinión pública solicita un aumento de la pensión. Lo anterior puede resolverse a través de un aumento sustancial de la pensión, situación que recrudecería la situación financiera por mejorar los ingresos de los adultos mayores (Pérez y Macías, 20/04/2021); además, se apostaría por una gran responsabilidad gubernamental tanto financiera como moralmente.

La valoración de la relevancia de las políticas públicas no solo considera a la pensión no contributiva, las políticas de atención a la salud, la educación, la recreación, etc., son aristas que también deben ser atendidas para abonar al bien común, atender un solo problema público es irresponsable e inviable en los gobiernos actuales (cf apartado 2.1 y 2.3).

Respecto a la priorización de vacunación, constituye una política con un objetivo distinto, evitar la mayor cantidad de muertes en la población más frágil a complicarse y morir. Como puede constatarse en los 4 contextos de las personas adultas mayores, no son los que mayor fragilidad presentan en la pandemia, sin embargo, más allá de las estadísticas epidemiológicas, el contexto cultural resalta que, desde la publicación de la polémica Guía bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica. Versión del 10 de abril 2020, sobre la priorización de asignación de los respiradores automáticos, se dio la oportunidad de discutir los criterios de priorización de recursos escasos. Mediáticamente



se presentaron las opiniones de expertos sobre las distintas aristas del tema, las escuelas, las familias y las instituciones se posicionaron sobre el tema. Finalmente, fue desechada la propuesta, pero dejó un ejercicio social muy valioso en cuanto la discusión de quién y por qué es prioritario en la racionalización de los recursos escasos en momentos de emergencia de salud pública.

Meses después, comenzó la planeación gubernamental sobre la priorización de recursos escasos, esta vez para la vacunación. Al inicio no hubo objetores, pues la priorización del personal de salud en atención a la COVID-19, seguida de las personas adultas mayores, no despertó inconformidad mediática. Sin embargo, con el paso de las semanas, fue mediático las protestas en la calle por parte de los médicos que con carteles pedían ser vacunados, donde se evidenciaba una discriminación institucional y quedaban sin protección de la vacuna frente a la atención de gran cantidad de pacientes potencialmente contagiados por las variantes de COVID-19.

En el caso de las personas adultas mayores, fueron mediáticos los casos donde mentían sobre su lugar de residencia, ya sea para ser vacunados antes o ser vacunados con el laboratorio de su preferencia (Pantoja, 10/03/2021). Ambos escenarios, tienen influencia cultural: mientras que en la priorización de vacunación, gubernamentalmente se desestimó los riesgos de los profesionales de la salud; en el sesgo de la información de residencia, imperaba la estima personal respecto al marco normativo. Mientras que, en el primero a nivel gubernamental, se implementaron prejuicios culturales negativos por tipo de institución, en el segundo, los sesgos personales se impusieron sobre las reglas gubernamentales a favor del bien común.

Con base en lo expuesto en el contexto cultural, en la Tabla 14 se identifican las amenazas, los riesgos y los empoderamientos para la población de adultos mayores en México.

#### **Tabla 14**

*Identificación de las amenazas, los riesgos y las circunstancias de empoderamiento en el contexto cultural de las personas adultas mayores*

<b>Amenazas</b>	<b>Riesgos</b>	<b>Empoderamientos</b>
Muerte	Muerte biográfica	Resiliencia
Edadismo	Estereotipos, prejuicios, discriminación	Cambio social del prejuicio cultural
Dependencia	Dependencia funcional, económica y del valor social	Tener el rol productor
Violencia psicológica	Falta de respeto	Bienestar subjetivo
Pérdida del “poder”	Perder o no alcanzar criterios individuales o extrínsecos	Éxito socialmente aceptado
Responsabilidad del cuidado de los adultos mayores	Delegar el autocuidado Rechazo a los adultos mayores	Autonomía para las tomas de decisiones Estrategias para el acompañamiento intergeneracional* Obligación filial Solidaridad intergeneracional

\* Guarderías y jóvenes que vivan con ellos a cambio de una renta a bajo costo.

Al principio del contexto cultural, se anticipan las vulnerabilidades identificadas en los adultos mayores en México; habiendo expuesto el escenario general de amenazas, riesgos y empoderamientos en la Tabla 14, ahora puede configurarse el fundamento del vínculo amenaza-riesgo-vulnerabilidad que está sintetizada en la Tabla 15.

**Tabla 15**

*Identificación de posibles escenarios de vulnerabilidades en el contexto cultural*

<b>Amenazas</b>	<b>Riesgos</b>	<b>Vulnerabilidades</b>
Edadismo	Estereotipos	Paternalismo
	No formular políticas públicas eficaces	Injusticia
	No adoptar medidas hacia el envejecimiento saludable	Discriminación
Atomismo intergeneracional	Delegar el cuidado Cantidad de integrantes de la familia que tienen que trabajar	Falta de solidaridad
Responsabilidad del cuidado del adulto mayor	Delegar el autocuidado Delegar el cuidado familiar (intergeneracional)	Irresponsabilidad
	Distancia geográfica	Trato indigno

---

Incremento de la cantidad de años de cuidado	Inequidad al acceso a los servicios de salud
Especialidad de los cuidados	

---

A través de la revisión de los cuatro contextos de la realidad de las personas adultas mayores, se muestran posturas teóricas, datos cuantitativos y consideraciones cualitativas. Los resultados más esperados, son las identificaciones de las vulnerabilidades en cada contexto.

Habiendo logrado el principal objetivo de los capítulos 3 y 4, y siguiendo con el esquema de la Figura 1 que señala el tercer nivel de análisis de la vulnerabilidad, el capítulo 5 se centra en explorar la solidaridad como una postura que hace frente a la vulnerabilidad, seguido de la propuesta de la vulnerabilidad-solidaridad como el binomio que responde a la pregunta de investigación.

#### **4.3 Los adultos mayores y la vulnerabilidad en el plano ético-teórico**

Después de plantear distintas aristas de la vulnerabilidad en los cuatro capítulos de la presente investigación, se asoma nuevamente la pregunta principal, ¿cuál es la viabilidad de un enfoque bioético de vulnerabilidad aplicado a las políticas públicas mexicanas para las personas adultas mayores? La respuesta fue planteada preliminarmente en la Figura 1.

En el ánimo de profundizar sobre el tema, se realiza otra pregunta que sumen hacia una posible respuesta, ¿debería pensarse en un enfoque de vulnerabilidad bioético extenso o acotado? Al tratar de responder la pregunta, parece inevitable cierta analogía con la propuesta de Thana Campos (2021) sobre un enfoque humilde<sup>27</sup>. En el caso de la vulnerabilidad, podría pensarse en un enfoque humilde y prudente ante los usos y abusos del término (Tarasco, 2015), pasando por un tamiz de eliminación o selección (Osorio,

---

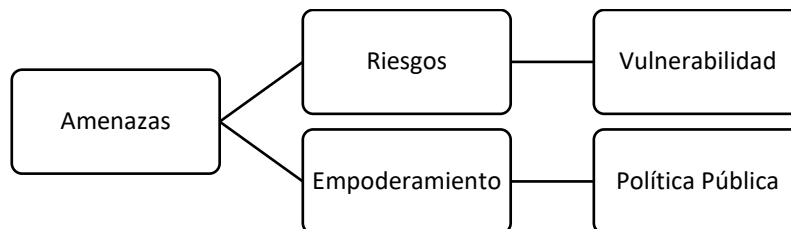
<sup>27</sup> Campos, propone un enfoque prudente en la necesidad de una reforma de la OMS antes que, uno expansivo como es la tendencia respecto a cómo podría ser la OMS un mejor líder de la salud mundial.

2017) y sus posibles superaciones (Martínez, 2020), para contar con un marco plausible para su reflexión bioética y para uso en las políticas públicas (Luna, 2015 y 2021)

A continuación se presenta la Figura 8 construida a partir del análisis de esta investigación, que ejemplifica cómo las políticas públicas de estudio son objeto de análisis desde la categoría de vulnerabilidad. A partir de la amenaza y riesgo, se puede derivar la vulnerabilidad. En su contraparte, los posibles empoderamientos se concretan a través de las políticas públicas de estudio. El objetivo, es mostrar un esquema ordenado de la categoría de la vulnerabilidad en el tercer nivel de análisis que todavía no contempla a la solidaridad como respuesta del bien común. Preliminarmente, se propone al empoderamiento como una arista del bien común a través de la política pública, su fundamento sigue siendo la Figura 1 y pretende cerrar el plano ético-teórico, para dejar paso en el capítulo 5 al plano ético-político, que justifica a la solidaridad como la respuesta al bien común.

### Figura 8

*La vulnerabilidad en las personas adultas mayores, la identificación de amenazas y riesgos desde el plano ético-teórico.*



El principal objetivo de las políticas públicas es abonar al bien común desde una perspectiva gubernamental, en el siguiente apartado se plantean algunas consideraciones sobre las personas adultas mayores y la vulnerabilidad producto de la revisión de sus contextos en los capítulos 3 y 4 y que concluyen con el análisis del vínculo amenaza-riesgo-vulnerabilidad.

### **4.3.1 Algunas consideraciones sobre los contextos de las personas adultas mayores en el plano ético-teórico**

Este apartado plantea algunas preguntas y consideraciones sobre los problemas públicos, la vulnerabilidad y la justicia social. Se presentan cuatro temas: la priorización en la vacunación, la edad como criterio de la pensión no contributiva, la justicia distributiva, lo ético-teórico y lo ético-político

1. La priorización en la vacunación. En la Figura 8, sobre la política de vacunación, se identifican riesgos importantes respecto a la salud-enfermedad en las personas adultas mayores: limitaciones y discapacidades que facilitan el contagio, además de representar la tercera causa de muerte en su grupo etario; la vulnerabilidad que de esto puede derivarse, es la discapacidad y la muerte. El empoderamiento que le puede hacer frente a este tipo de vulnerabilidad es la priorización de vacunación, y por tanto, puede evocarse que la política atiende la vulnerabilidad de las personas adultas mayores.

Un ejercicio teórico que puede apoyar o no el juicio antes expuesto podría contrastar los riesgos en otros grupos etarios, en el caso de los adultos de 35 a 64 años, el riesgo de sobremortalidad es mayor al de las personas adultas mayores, sin embargo, las limitaciones y discapacidades son menores. Por lo tanto, al aplicar la vulnerabilidad por grupos etarios, es recomendable hacer ponderaciones entre las poblaciones para encarar sus posibles vulnerabilidades y dar el paso al plano ético-político.

Regresando al ejercicio teórico sobre la priorización de la vacunación en las personas adultas mayores, el riesgo de limitaciones y discapacidades sí los hace más susceptibles al riesgo de enfermar pero no son el grupo de mayor exceso de mortalidad. Pareciera que el diseño de la política de vacunación, específicamente en este criterio de priorización, no tiene una fuerza de justificación de la categoría de la vulnerabilidad desde la perspectiva de evitar la mayor cantidad de muertes en la población en México.

¿Qué de lo anterior podría tener cabida en la reflexión bioética? En un sentido amplio, todo aquello que trastoque la vida de las personas: en la población joven y adulta, por su potencialidad de llegar a ser personas adultas mayores; mientras que este grupo etario, como sujetos de análisis que pone a prueba la categoría de vulnerabilidad. Por tanto, desde el plano ético-político, ¿las personas adultas mayores merecen ser prioritarios

antes que otros grupos etarios? La respuesta preliminar indicaría que no, sin embargo, el análisis de la propuesta todavía no está completo, el plano ético-político todavía falta justificarse y analizarse a la luz de la solidaridad y su relación con las políticas públicas de estudio.

2. La edad como criterio de la pensión no contributiva. Retomando uno de los conceptos de vulnerabilidad sociodemográfica, en tanto vulnerabilidad de acuerdo con el atributo de la edad para la pensión no contributiva (cf apartado 3.1.3), ¿qué carencias y problemáticas se podrían tratar de subsanar? Dos puntos importantes se deducen de lo anterior en términos objetivos: la precarización de la pensión contributiva y, como tema de reflexión bioético, el recrudescimiento de la desigualdad social.

Al pensar si las acciones focalizadas gubernamentales han ayudado al empoderamiento de las personas adultas mayores. Podría plantearse que de manera objetiva, han ayudado a paliar parcialmente la pobreza económica; por otra parte, podría ser una satisfacción del ánimo que el gobierno adjudique un reconocimiento o incentivo económico solo por el atributo común de la edad.

A través de un análisis de la vulnerabilidad desde las ciencias sociales, Osorio (2017) examina cómo la pobreza no constituye per se la vulnerabilidad y cómo es relativamente fácil y común asumirlas como equivalentes. Sin embargo, al tener una claridad conceptual de la vulnerabilidad se vislumbran sus diferencias y evita abusos al término.

Además, de las amenazas y sus riesgos identificados en la pensión no contributiva, también existen profundos problemas públicos que medio salario mínimo mensual no podría resolver a profundidad. Más allá del atributo básico de la edad, dicho incentivo económico parece necesario en prácticamente todos los grupos etarios. Tan es así, que el propio gobierno ha generado diversos incentivos económicos: se eliminaron las estancias infantiles y ahora se da dinero directo a las madres trabajadoras; se dan becas económicas para los estudiantes de preescolar, primaria, secundaria y preparatoria públicas; a los jóvenes de 18 a 29 años que no estudian ni trabajan, se les da un incentivo económico a cambio de ciertas jornadas de capacitación con miras a una inserción laboral; y se otorga un apoyo monetario a las personas con discapacidad permanente.

Lo anterior engloba un amplio margen de la población, ¿quiénes quedan fuera de ella? Personas de 18 a 64 años que estudian o trabajan, y que no cuentan con alguna discapacidad permanente.

Si los incentivos económicos juegan un papel de apoyo para que las personas no dejen de realizar algunos de sus aspectos fundamentales de bien vivir, de acuerdo a su edad: estudiar, trabajar o tener un mínimo de recursos económicos para vivir como es el caso de las personas con discapacidad y de manera obvia para las personas adultas mayores, ¿acaso las políticas públicas no están enfocadas en paliar la pobreza extrema? De ser así, ¿por qué el gobierno no lo expresa abiertamente? ¿Será que dicha política tiene un fondo eminentemente electoral, de *politics* ante la complacencia de la población por dicho apoyo y no por generar políticas que, con la cantidad de recursos que se están invirtiendo, pudieran focalizarse en programas que de base sí podrían actuar en contra de la vulnerabilidad?

Ejemplos de lo anterior: es la infraestructura para facilitar la movilidad dentro y fuera de sus casas (esto beneficiaría tanto a las personas adultas mayores con limitaciones, así como a las personas con discapacidad temporal o permanente); en cuidados geriátricos gratuitos y universales, incluso, en cuidados a domicilio; en el caso de las necesidades económicas, focalizando aún más el incentivo a quienes contarán con condiciones precarias que lo necesitaran.

Este último punto puede llegar a ser controversial, ¿focalización o universalización de la pensión no contributiva? Si por una parte, casi la mitad de las personas adultas mayores están en condiciones de pobreza y, por otra, el propio programa reconoce que dicho incentivo es un reconocimiento a su labor benéfica al país, ¿por qué focalizarlo? Sin embargo, recordando que la justicia distributiva en beneficio de la población mexicana, debe decidir con respecto a la ilimitada cantidad de necesidades, entonces no sólo parece plausible, sino éticamente correcto, priorizar quiénes de los adultos mayores deberían ser sujetos de dicho apoyo.

¿Será que el incentivo monetario sí constituye un aliciente anímico y, por tanto, también debe considerarse a la par de quienes están en pobreza extrema? De ser así, parece que

los determinantes sociales de la salud cobran especial relevancia al momento de pensar el bienestar de este grupo etario.

Al aterrizar una política pública de bienestar, ¿podría pensarse en alternativas que pudieran aumentar dicho incentivo anímico? En el capítulo 2 se resalta la política de la cultura a favor del envejecimiento, que si bien, puede ser más subjetiva e intangible en cuanto resultados inmediatos, el objetivo de la misma, sí estaría alineada con un beneficio anímico en todos los grupos etarios, con vistas preventivas hacia el aislamiento, la exclusión y el abandono. Su propósito no está en repartir recursos económicos, sino en generar una cultura de inclusión social como tema de justicia social, donde el imaginario de las personas, en los procedimientos institucionales y gubernamentales, no excluya a las personas adultas mayores, por el contrario propone que su inclusión en diversos contextos sociales vaya erradicando estereotipos positivos o negativos, ideas discriminatorias, excluyentes o erróneas en la convivencia social y en su propia percepción personal.

3. La justicia distributiva. No solo hay una amplia aceptación de las políticas de incentivos económicos que requieren de una gran cantidad de recursos del erario público, sino que políticas como la de la pensión no contributiva están integradas como exigencia constitucional, lo cual las hace automáticamente prioridad en el gasto público, mientras que la política de vacunación, en tanto programa emergente, muestra un panorama con distinciones importantes porque surgió de una contingencia de salud pública, al tiempo que la información científica se va actualizando constantemente y, porque la disponibilidad de las vacunas ha sido progresiva y condicionada por acuerdos internacionales de compra y de logística. Aunque su diseño e implementación se ha ido adaptando a constantes variantes, el hecho de que sea emergente no significa que no pueda ser objeto de análisis: se pueden identificar las amenazas de: abandono institucional de la atención de la salud, la COVID-19, además de riesgos como falta de diagnósticos tempranos, fragilidad, negación de la pluralidad de las condiciones de las personas adultas mayores, morbilidad, depresión y ansiedad, por mencionar algunos.

Desde la vulnerabilidad en la salud-enfermedad, ¿podría pensarse en opciones que pudieran generar un esquema alternativo de justicia distributiva en salud? Desde la



epidemiología se asoma un dato interesante: el grupo más afectado por proporción de muertes fue el de adultos entre 35 y 64 años, pudiendo dar cierto enfoque de prioridad a este extenso grupo de población, que además, no contó con estímulos económicos antes y durante la pandemia. Otro punto a considerar está en un acto supererogatorio de interés bioético: en Europa, algunas personas adultas mayores cedían públicamente su lugar en la vacunación a favor de la población más joven, aún cuando epidemiológicamente ellos sí cumplían con el estandar de priorización.

4. Lo ético-teórico y lo ético-político. En los cuatro capítulos sobre la atención a la vulnerabilidad, sobre cómo el daño puede expresarse de manera teórica y fáctica en la vida de las personas adultas mayores en su tercer nivel de análisis, se hace necesaria cierta pausa para retomar una idea central, ¿cómo debería ser una vida digna, una vida sin daño o un escenario donde la vulnerabilidad no tiene cabida como problema público? La respuesta podría evocarse en variados textos que hablan sobre el respeto a los seres humanos, como es el ejemplo básico de la perspectiva de los derechos humanos. Desde la década de los 80 del siglo pasado se han emitido documentos donde se resalta el respeto a la dignidad de las personas adultas mayores. En el capítulo 2 se plantea un contexto histórico y político del manejo del tema de los adultos mayores en México y en el tercero y cuarto capítulo se abordan algunas aristas fundamentales de la realidad de los adultos mayores en México.

Sin embargo, si la vida es dinámica, ¿cómo proponer un concepto o categoría única? En este punto, la propuesta de Luna (2015) es factible, esto es, pasar de lo ético-teórico a lo ético-político, sirve para posicionar la categoría bioética en las políticas públicas enfocadas a las personas adultas mayores en México.

Al hacer un ejercicio básico del paso ético-teórico al ético-político, algunas dificultades merecen tener cierta prudencia sobre éste. Por ejemplo, el hecho de que la identificación de las capas de vulnerabilidad parecen ir de lo particular a lo general sin una clara distinción de cómo llevar a buen puerto la dimensión del tercer nivel de análisis, desde las políticas públicas.

En la presente investigación, la propuesta de las capas no pudo concretarse de manera satisfactoria en tanto que la propuesta de Osorio (2017) resultó más precisa y útil. Sin embargo, en el marco más general de análisis, la vulnerabilidad en cascada de Luna (2021) puede tener cabida de manera muy oportuna, en tanto identifica aquellas vulnerabilidades que pueden desencadenar otras vulnerabilidades, que por una parte constituye el ejercicio del enfoque ético-político y, por otra parte, sea una herramienta para el diseño e implementación de las políticas públicas.

Este capítulo cierra con interrogantes en cuanto la utilidad y eficacia de las políticas públicas analizadas como tema de justicia social para las personas adultas mayores, por lo que queda pendiente un aspecto relevante para entender cómo es que la sociedad, el gobierno y las propias personas adultas mayores, tienen vulnerabilidades que requieren ser priorizadas; el enfoque ético-político queda abierto para su exploración.

## Capítulo 5

### La categoría de vulnerabilidad como enfoque bioético en las políticas públicas

#### 5.1 La solidaridad

La vulnerabilidad es analizada en diferentes facetas en los capítulos 1, 2, 3 y 4, en este capítulo se analiza la solidaridad para cerrar el examen del tercer nivel de análisis de la categoría de vulnerabilidad como principal interés de la presente investigación.

Este apartado pretende completar la Figura 1. *Niveles de análisis de la categoría de vulnerabilidad* (cf apartado 1.4) que sintetiza la postura sobre la vulnerabilidad en el que se hizo referencia a la solidaridad como su contraparte o superación. Pareciera que la solidaridad y la vulnerabilidad pueden compartir la polisemia como rasgo común, luego, es importante tomar un posicionamiento sobre los dos términos porque puede prestarse a interpretaciones excesivas o abusos.

El bien común, como un enlace entre lo privado y lo público puede encontrar en la solidaridad la posibilidad de un ejercicio del reconocimiento de la vulnerabilidad individual (lo existencial, el propio cuerpo) y colectiva (problemas que son de interés común), aspirando a la justicia social. Aquellas circunstancias y acciones que pueden desarrollarse para vivir mejor, conseguir o acercarse al bien común, constituyen una oportunidad de generar desde la ética, agencia en los ciudadanos.

La distinción conceptual básica entre la cooperación, la reciprocidad y la solidaridad, continuamente evocados como contraparte a la vulnerabilidad, evitará el error de mezclarlos o superponerlos en el discurso. Mientras que la cooperación se define como “1. Obrar conjuntamente con otro u otros para la consecución de un fin común” (Real Academia Española, 2022, definición 1), la reciprocidad es “1. Correspondencia mutua de una persona o cosa con otra” (Real Academia Española, 2022, definición 1), finalmente, la solidaridad es la “1. Adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros” (Real Academia Española, 2022, definición 1).

Dichas definiciones pueden dar un punto de partida sobre las implicaciones de sus alcances: todas hacen referencia a la inclinación por una parte de la totalidad. La cooperación constituye un acto entre pares para alcanzar un fin en común; la reciprocidad se da en un sentido proporcional en términos amplios; finalmente la solidaridad pareciera que implica la voluntariedad circunstancial de la inclinación hacia ciertas causas de terceros. Por lo tanto, los conceptos comparten la inclinación por una parte de la totalidad, pero se diferencian en los alcances. Así, la solidaridad constituiría el concepto más acotado, le sigue la cooperación y la más genérica sería la reciprocidad.

Al hacer una revisión de la literatura, se identifica a la solidaridad como el concepto más desarrollado por los autores, por lo que será el más explorado en la presente investigación. Sin embargo, ocasionalmente se harán referencias a la cooperación y a la reciprocidad para enmarcar las diferencias o las semejanzas que permitan una mejor claridad conceptual hacia la vulnerabilidad y la solidaridad de interés en la presente investigación.

Ante el éxito del término de la solidaridad en diversos contextos prácticos y teóricos, se hace necesaria la justificación de esta con orientación bioética. ¿Será la solidaridad un valor, un principio, una responsabilidad social, un concepto cuestionable? Y más aún, ¿es viable que la vulnerabilidad en su tercer nivel de análisis tenga a la solidaridad como contraparte teórica? Esta última pregunta, refiere a la “viabilidad” en el sentido de pensar que la vulnerabilidad podría ser superada por la solidaridad; otro de sus escenarios sería de relación, donde la solidaridad y la vulnerabilidad, una vez depuradas, podrían aplicarse de manera específica a las políticas públicas.

## **5.2 Propuestas teóricas sobre la solidaridad**

Se hará una breve exposición sobre algunas propuestas teóricas de la solidaridad: Lolas, 2012; Arango, 2013; Puyol, 2017; Bueno, 2004. Las reflexiones posicionan a la solidaridad como principio, como responsabilidad, como valor o a través de una crítica al propio concepto. La finalidad es decantarse por una de estas posiciones que dé sentido a la propuesta del tercer nivel de análisis de la categoría de vulnerabilidad para las políticas públicas seleccionadas.

### **5.2.1 Solidaridad como principio bioético en las personas adultas mayores.**

Fernando Lolas (2012) reflexiona de manera preliminar sobre la solidaridad en la vejez y el envejecimiento, pensando en la formulación de políticas públicas y el diseño de intervenciones. Respecto a las personas adultas mayores, plantea ciertas ambivalencias entre la creciente cantidad de este grupo etario, las demandas propias de su edad y, por otra parte, el desvalimiento como pérdida de poder. Aun así, el hecho sobre los límites de la longevidad y el proceso de envejecer constituyen un fenómeno universal que puede llegar a ser angustiante para las próximas generaciones de las personas adultas mayores, ya que suele percibirse como un venir a menos en todos los sentidos, señalando un problema central:

Los desafíos consisten en proporcionar una vida de calidad a las personas que envejecen, sin merma de su dignidad y de su autonomía. En el plano individual, esto se traduce por aumentar las capacidades para “aprender a envejecer” [...] En el plano social [...] consiste en generar condiciones adecuadas para que las esperables diferencias individuales en los modos y estilos de envejecer sean respetadas (p. 130).

Como puede constatarse en los capítulos 3 y 4, los planos individual y social de las personas adultas mayores en México, dibujan varias aristas sobre la calidad de vida orientados fuertemente hacia el bienestar subjetivo en las redes de apoyo familiar o de amistad. La calidad de vida es multifactorial y las “condiciones adecuadas” para el respeto de las “diferencias individuales” requieren de una constante revisión.

Al pensar en políticas públicas, la calidad de vida en las personas adultas mayores se presenta desafiante ante la gran cantidad de temas que puede atraer, de los cuales Lolas (2012) establece como generales una mayor incidencia a la vulnerabilidad y a la discriminación. Así, la relación entre vulnerabilidad y solidaridad parece tener sentido como proceso de superación que, ante circunstancias de vulnerabilidad, la solidaridad desde un sentido ético, puede actuar como mecanismo social para contrarrestarlo.

Sustentado en la solidaridad mecánica y orgánica de Émile Durkheim, según la cual, la primera estaría basada en la similitud de la raíz o en la causa de algo; la segunda, lo

estaría en el reconocimiento de la interdependencia de cada sujeto de acuerdo con sus aspiraciones. Lolas (2012) plantea que la sociedad, como punto de referencia para la idea del bien común, tiene dos dificultades: quién define el bien común y cuáles serían los valores que respalda su obtención y permanencia. Por tanto, el autor deriva dos tipos de solidaridades: la comunitaria que representaría el “ser” o aquellas prácticas de *facto*, y la “constituida por intereses aceptados en forma deliberada y consciente” (p. 132).

Respecto a la solidaridad comunitaria, al hacerla obligatoria mediante leyes, todavía dejaría sin responder el cómo ejercerla. Lo anterior, podría ejemplificarse desde las encuestas mexicanas (cf apartado 4.2), que muestran las tendencias de la opinión pública sobre en quién reside la responsabilidad de los adultos mayores en el siguiente orden descendente: la familia, el gobierno, todos, la propia persona adulta mayor.

Por otra parte, al pensar la solidaridad por los intereses aceptados, como relación de complementariedad, tendría que responderse cuál es la contribución fáctica vigente de este grupo etario y, siendo que suelen ser un grupo sin poder, podría derivarse que “la seguridad social debe hacerse cargo de él, recurriendo al Estado o al mercado. El cambio histórico operado en las concepciones sobre el bienestar social es lo que hace difícil prescribir una solidaridad orgánica” (2012, p. 134).

Lo anterior muestra aristas que también se han expresado en la presente investigación, porque si históricamente ha habido cambios en las concepciones de bienestar social que hacen difícil prescribir la solidaridad orgánica, ¿no será que antes de proponer un principio debería estudiarse más a fondo los alcances de la solidaridad como concepto bioético?

Ambos tipos de solidaridad no logran aterrizar con éxito a los contextos de las personas adultas mayores en el terreno de las políticas públicas, ¿qué opciones podrían generar una respuesta suficiente? Ya que la solidaridad como reciprocidad (o comunitaria) en tanto que “común destino”, se queda corta porque puede no generar un deber por aquellos con los que no se tiene simpatía o conocimiento. Mientras que la solidaridad de sentido cristiano (o de intereses aceptados), tampoco se aprecia fuerte, en tanto que no todos comparten dicha fe y no se les puede obligar a amar al prójimo. Entonces, Lolas

(2012) opta por el respeto y el no dañar como límites impuestos para la calidad de vida y como hilos conductores para la solidaridad en un sentido bioético.

La posibilidad de la solidaridad como principio bioético tendría un protagonismo total y de alguna manera daría respuesta a las críticas del principio de vulnerabilidad de Rentorff y Kemp (2000). ¿Será que la orientación del principio del daño (vulnerabilidad) a la responsabilidad (solidaridad) sea el giro necesario para la reflexión y propuestas de solución a los problemas públicos?

Lolas (2000), señala que la solidaridad ciudadana contribuiría a una mayor claridad teórica

Hay dos posturas bioéticas: justicia distributiva -como equidad- y solidaridad cívica. Plantean el tema del sujeto de los derechos y permiten propuestas diversas y complementarias. Para la tradición liberal es importante proteger los derechos y afirmar las concepciones individuales de lo bueno. Para una tradición solidaria, el desafío es construir una comunidad autoregulada y permitir la búsqueda del bien común, no equivalente a ninguna forma de bien alcanzable o realizable individualmente.

En una concepción liberal el libremercado y la competencia en la búsqueda del bien individual sólo son materia de interés común cuando las transacciones privadas no garantizan una distribución justa de los bienes. El Estado debe asumir un papel subsidiario y regulador. En una concepción solidaria el problema político central no es distribuir bienes y servicios sino estimular la virtud de los ciudadanos, concebidos como individuos interdependientes que para sobrevivir deben convivir. No se valoran cosas sino acciones bien hechas. (p. 82)

En Lolas, la solidaridad ciudadana, el mérito radicaría en estimular la virtud, reconociendo la interdependencia y la autoregulación social, sin embargo, emergen algunas preguntas, ¿quién determina el bien común o será que es inmanente a los humanos? ¿No será que la virtud puede y debe darse en la distribución justa de los bienes? Sobre esta última pregunta, al pensarla en relación a la posibilidad de que algunas personas adultas mayores, puedan rechazar el incentivo económico de la pensión no contributiva, sabiendo

que éste puede ser redistribuido hacia quienes les genere una evidente mejora en su vida, ¿acaso no es una concepción liberal con virtudes ciudadanas? De manera práctica, no se puede contrastar este ejemplo con la realidad porque la política pública no hace esa redistribución y porque no hay datos oficiales donde las personas adultas mayores hayan rechazado la pensión no contributiva al identificarla innecesaria.

Pensar la virtud ciudadana en términos políticos hace recordar la alineación de lo individual y lo colectivo sobre la ciudadanía en la Antigüedad y también, podría dar sentido a la evocación de los derechos humanos tan afianzados en la actualidad (cf apartado 1.1). Al respecto del último punto, Lolas (2000) hace una puntualización:

se ha establecido la práctica de demandar lo que se quiere o necesita o expresar reivindicaciones mediante una retórica de derechos. Por ello es importante reiterar que un derecho no debe de ser confundido con necesidad, deseo, interés o capacidad. Desear o necesitar algo no puede fundar el derecho a tenerlo [...] La misma interferencia probable por parte de otros ha hecho necesaria la afirmación de algunos derechos absolutos, clásicamente los negativos, que protegen la dignidad y la seguridad personal. Los derechos de bienestar, en cambio, que se extienden más allá de ese plano, se afirma en una demanda justificada o justificable (p. 85).

El tema de los derechos humanos, permean el imaginario social, las prácticas políticas y gran parte del ámbito jurídico. Por lo tanto, no es menor su injerencia y son objeto de mención en las políticas públicas seleccionadas. Al pensar la autonomía como uno de los fundamentos para las tomas de decisiones, también debe prestarse atención sobre la justificación de ésta.

Tarasco (2015), advierte sobre como la autonomía, entendida como deseo de transformación puede derivar erróneamente en la realización de la misma (pp. 107-108). Por su parte, Gracia (2014) hace una advertencia sobre un posible monismo axiológico respecto a los derechos humanos:

Si la ética de la pura convicción es difícilmente defendible, la de la neutralidad a ultranza tampoco lo es más. No tardaron mucho los Estados modernos en darse



cuenta de ello [... Sobre] la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Conviene reparar en el adjetivo “universal”. ¿Cómo pueden afirmarse ciertos valores como universales? ¿No estaremos volviendo de nuevo al viejo monismo que creíamos muerto y bien muerto? [propio del Medievo...] Este es el punto en el que hoy nos encontramos. Todas las Universidades tienen Institutos de Derechos Humanos que se afanan en su estudio, pero es muy difícil encontrar alguna idea clara sobre el modo de fundamentar unos derechos que se formulan como universales (p. 90).

Así, la solidaridad puede constituir un recurso muy atractivo para pensar un bien común plausible entre la vulnerabilidad y el empoderamiento en un mundo plural. Tema que supera la sola voluntad para consolidar un juicio ético y, cuya aspiración universal sigue siendo tema de estudio para su consolidación.

### **5.2.2 Solidaridad como responsabilidad común.**

Rodolfo Arango (2013) se posiciona por una solidaridad como responsabilidad común en el terreno de la democracia y los derechos. Primero hace una distinción entre solidaridad con fines prácticos: aquella motivada por el sentimiento para las acciones y las decisiones políticas, y aquella que es normativa, esto es, aquella que es sujeto de juicio moral político y jurídico, por tanto, de interés para el reconocimiento de los derechos sociales

La dicotomía entre la solidaridad como fundamento normativo o voluntario es una referencia común en los autores revisados en el apartado 5.2; pareciera que la razón para optar por una solidaridad normativa desde la perspectiva ética está en que la mera voluntad no haría satisfactorio el requisito básico de los agentes morales. Aún más, pensando en las colectividades, la solidaridad tendría su origen como un concepto jurídico que hasta el siglo XVIII adquiriría una justificación política (p. 44); en ambos alcances, podría identificarse una adhesión circunstancial y relacional (a la empresa de otros).

Una distinción relevante en la dimensión fáctica de la solidaridad es la que se establece entre el altruismo y la reciprocidad, conceptos que pudieran llegar a ser mezclados. Sin embargo, en “el actuar solidario siempre está presente la esperanza de una potencial

reciprocidad. Esto último daría pie para pensar que solo se es solidario por interés y que sería poco inteligente ser insolidario” (Bayertz citado por Arango, 2013, p. 46). Más aún, si la solidaridad tuviera implícita una potencial reciprocidad, entonces también habría que esperar “una igualdad básica” (p. 46) del grupo. Justamente este punto de igualdad y expectativa de reciprocidad es la que gestaría derechos exigibles como son los derechos humanos; una derivación que en el capítulo 2 se explicita, como parte de la justificación de los derechos sociales en la política de pensión no contributiva.

La solidaridad en su dimensión fáctica también permearía a la normativa, en tanto que se debería reconocer su derecho a la igualdad y, por tanto, aquellos que evidencien situaciones desfavorecidas podrían exigir al Estado una subsistencia que, por una parte, tome en cuenta las individualidades y por otra aterrice la igualdad como criterio base de la justicia social.

Por tanto, la solidaridad justificaría su dimensión normativa, inclinada a la responsabilidad, hacia la atención de las situaciones desfavorecidas (injusticias sociales), trayendo a colación las decisiones políticas, la responsabilidad social podría cristalizarse mediante el pago de impuestos, reconocer que la injusticia estructural (aquellas injusticias que a través del tiempo o de la concatenación de los responsables se vuelve vaga en cuanto una figura precisa, pero que sus efectos tocan profundamente a las personas o colectividades afectadas) juega un papel importante en las desventajas sociales, así, la “interdependencia social” (p. 48) entra como un elemento que es necesario considerar

La solidaridad y los derechos humanos adquieren sentido en tanto que se reconoce una interdependencia que, al pensarse en el contexto de las personas adultas mayores, podría llegar a tener alcances intergeneracionales, porque la niñez y adultez de hoy tienen como expectativa llegar a ser adultos mayores. La potencial reciprocidad se manifiesta entre los grupos etarios, ya sea porque las personas adultas mayores han contribuido a la construcción del mundo actual o porque el resto de los grupos etarios están consolidando el mundo actual y futuro.

Y, sin embargo, ¿no será que la advertencia de Lolás (cf apartado 5.2.1) resuena en tanto podrían estarse confundiendo derechos con necesidades, deseos, intereses o

capacidades? Si la pensión no contributiva ya es parte de la CPEUM, ya constituye un derecho con evocación en los derechos humanos, en el bienestar de esta población, ¿se estaría protegiendo la dignidad humana o más bien se establece una práctica de reivindicación mediante la retórica de los derechos?

En términos gubernamentales, la respuesta se inclinaría hacia la reivindicación (cf apartado 2.3.1.1), por su parte, el discurso presidencial respecto al merecimiento de la pensión no contributiva, se centra en la aportación al país de las personas adultas mayores, por tanto, el gobierno les reconoce dicha contribución por medio del incentivo económico.

Al pensar en las políticas elegidas para el análisis en esta investigación, desde la postura de Arango, podría identificarse a la pensión no contributiva como solidaridad normativa en tanto que hay una instrucción gubernamental de atención a la pobreza, mientras que la priorización para la vacunación también se posicionaría como solidaridad normativa en tanto que se justifica por el riesgo a la salud (incluida la pobreza y la desigualdad). De esa forma, una solidaridad normativa es la que permearía al contexto mexicano. Arango (2013) hace una distinción entre algunos tipos de democracia para que, a partir de su posicionamiento, se pueda dar una síntesis de la solidaridad antes expuesta, generando una tercera opción entre la solidaridad normativa y la voluntaria.

### **5.2.3 Solidaridad como principio bioético en la salud pública.**

Ángel Puyol (2017) reflexiona sobre la solidaridad en la ética de la salud pública. Dentro de las propuestas que apuestan por la solidaridad como principio, Puyol hace una revisión de dos perspectivas para finalmente posicionarse en la propia.

La primera propuesta es la de Prainssack y Buyx, que identifican tres niveles de solidaridad: el primero constituiría la buena voluntad personal; el segundo, el compromiso de los sujetos con el colectivo; y el tercero sería la institucionalización del segundo nivel, así el compromiso colectivo pasaría a ser una exigencia (leyes y políticas) como principio ético aplicable en un Estado de Bienestar.

Por otra parte, para Dawson y Jennis, la solidaridad es una “identificación personal con un compromiso colectivo para asumir costes” (financieros, sociales, emocionales o de

otro tipo) (Puyol, p. 41). Dicho compromiso debe entenderse como un “compromiso constitutivo”, aquel que surge de la naturaleza como criaturas biológicas y sociales y, por ello, constituiría un hecho y un valor; y como motivación, que implicaría el reconocimiento afectivo de las interdependencias humanas, así como el reconocimiento de la compasión, la simpatía, el reconocimiento cognitivo y afectivo, por tanto, no impondría ningún tipo de obligación.

Esta diferenciación es relevante porque constituye una de las evocaciones más comunes al momento de pensar en los alcances de la solidaridad como concepto bioético. Si el compromiso constitutivo surge de manera natural, de modo ontológico en los seres humanos, entonces no tendría sentido pasarlo por el tamiz de la ética.

La solidaridad como motivación se posicionaría como un acto supererogatorio, digno de reconocimiento social pero efímero como objeto de análisis ético. Una última distinción parece afianzar un criterio más robusto: la distinción de la solidaridad como motivación y como razón. Mientras que la primera podría llegar a constituir una razón explicativa de cierto hecho o comportamiento, la segunda puede llegar a motivar la conducta y justificar con exigencia normativa a la solidaridad.

Finalmente, Puyol (2017) apuesta por una solidaridad como principio de justicia para regular los límites de la libertad individual, pues es sabido que el posicionamiento individualista es el que más terreno ha ganado. La primera, la solidaridad como motivación tiene valor moral, social y político real, donde la inclinación es hacia lo comunitario y, por tanto, se debe promover la salud de los más vulnerables; la segunda, la solidaridad como motivación y como razón, orienta la protección hacia los individuos más fuertes en el terreno social, político y de salud.

Por lo anterior, Puyol (2017) propone la solidaridad como un principio bioético de la salud pública donde lo más importante es posicionarse como un contrapeso al posicionamiento autonomista. Así, los vulnerables tendrían las condiciones de ser considerados como sujetos con necesidades que, no importando su condición de salud, su poder social o político, puedan tener un lugar relevante en la promoción de la salud. Por tanto, la

vulnerabilidad podría ser disminuida o eliminada desde el terreno de la salud pública, haciendo un hilo conductor entre la vulnerabilidad y la solidaridad.

De la propuesta de Puyol se puede deducir que cuando se piensa en quiénes son los agentes morales y sus tomas de decisiones, podría darse el hecho que, dependiendo del caso específico se toman las decisiones. Por ejemplo, el acto solidario en una comunidad en la que acaba de generarse un desastre natural, podría tener un impacto diferente si el apoyo proviene de los propios integrantes de la comunidad o si proviene del gobierno.

En el caso de la política de vacunación contra la COVID-19, las personas que tienen la posibilidad de vacunarse y que tiene la convicción de no hacerlo, ¿podrían considerarse insolidarios o será que no dimensionan el alcance de sus actos en la colectividad? ¿Será que puede pensarse en un acto solidario sin la participación de aquellos que no comparten la convicción de vacunarse? Más aún, al pensar en las relaciones internacionales, hay un deber de protección del Estado por su propia población que podría concretarse en las dosis de refuerzo; por otra parte, continúa la falta de vacunación en otras regiones, constatando en las poblaciones necesitadas, la falta del acceso al derecho a la protección de la salud.

Respecto a la pensión no contributiva como un acto solidario, se identifica una tendencia de sujetos con necesidades económicas y cuya respuesta gubernamental ha derivado en elevar a grado constitucional, que cada año se integre al presupuesto de egresos, el incentivo económico con sus respectivos incrementos porcentuales. Esta política pública, ¿podría pensarse como una acción solidaria (como contrapeso al posicionamiento autonomista) por parte del gobierno o será que no se logra identificar la intencionalidad de éste como objeto de juicio ético?

El Estado debe promover la igualdad ante la ley, por lo tanto, el respeto a la vida digna indica al gobierno las acciones mínimas y prioritarias para la población como son los servicios básicos, la educación básica; mientras que el principio de justicia podría invocar al estado de derecho y la corresponsabilidad ciudadana. Y, sin embargo, quedaría pendiente el modelamiento de la ciudadanía, en el cambio de esquema, esto es, pasar

del compromiso constitutivo y la motivación, a una solidaridad como razón, de la cual, falta información para poder hacer deducciones más específicas.

#### **5.2.4 Crítica al concepto de solidaridad.**

Gustavo Bueno (2004) podría posicionarse como una contraparte a la tendencia de las anteriores propuestas de la solidaridad. Pareciera que Bueno da un revés al planteamiento de la solidaridad como un concepto de neutralización a la vulnerabilidad. Esto es, en un sentido de analizar la consistencia de la solidaridad y evidenciar que, tanto en lo teórico como en lo fáctico, cuando es entendida como un concepto genérico o único, obstaculiza su utilidad.

El autor hace un ejercicio al que denomina “trituration” (2004) e identifica algunas críticas que podrían ayudar a delimitar qué solidaridad para qué vulnerabilidad podrían ser adecuadas, ya que existen categorizaciones que hacen de este término un concepto heterogéneo, con muchos elementos a considerar, siendo el más importante que para la realización de la solidaridad siempre se requerirá la insolidaridad. Esto es, la solidaridad de un conjunto irá siempre en contraposición de la solidaridad de otro conjunto de personas determinado.

Lo anterior conduce a la propuesta de que la solidaridad es un concepto dialéctico y no unitario. De este modo, podría identificarse, qué sentido de solidaridad es adecuado para qué nivel de vulnerabilidad, donde la primera constituiría la superación de la segunda.

Al hacer definiciones entre significaciones de la solidaridad se resalta que la idea holótica, referida a su parte más abstracta y unívoca, apunta a la idea de la unidad (párr. 10). Por tanto, la idea holótica de la solidaridad se configura como una forma de poder entender el todo y, de ahí, hacer discriminaciones sobre sus causas y límites que ayuden a razonar este tipo de conceptos filosóficos o trascendentales que, a pesar de ser muy usados no es frecuente encontrar definiciones de la misma. En palabras de Bueno (2004):

Buscamos acepciones que puedan considerarse enmarcadas en criterios capaces de desarrollar la característica holótica que hemos atribuido a la idea de solidaridad, a saber, la condición diamérica abstracta que envuelve relaciones y las interacciones entre las partes de un todo (párr. 14)

Debido a que el término de solidaridad tiene una gran variedad de aplicaciones, oposiciones y significados tanto prácticos como trascendentales, el autor sugiere que es mejor referirlos como “diversos valores (conceptos o ideas) de solidaridad, vinculados a una característica puramente abstracta que actúa de forma unívoca común (párr.12)

El autor expone treinta y dos modulaciones de la Idea de Solidaridad (Bueno, 2004). Lo que merece especial importancia es el trabajo de identificar una diversidad de solidaridades en un sentido objetivo muy amplio. A continuación se muestran los 10 sentidos de solidaridad fundamentales:

1) Isológica (entre partes iguales).

2) Heterológica (entre partes desiguales) que se divide en dos, dióscura (unión por medio de la lucha) y, orgánica o política (unión entre las partes heterológicas).

En los sentidos 1 y 2 de solidaridad no se puede prescindir de las condiciones materiales, luego, tras una serie de discriminaciones, el autor se posiciona por un espacio antropológico bidimensional propio de la época Moderna y contemporánea constituida por el Mundo o Cosmos y, por el Hombre.

3) Mundo o cosmos (por el eje radial y angular) lo constituyen los conjuntos que se tocan pero que no comparten la totalidad de sus elementos, por ejemplo, la especie humana y los simios, comparten genes, pero no son conjuntos equivalentes.

4) Antropológica o humanista, se expresa en el género humano como su característica más general pero también puede llegar a determinaciones particulares.

Justamente de las “determinaciones más particulares” se derivan los dos siguientes sentidos.

5) Carácter categorial. Tiene cabida en los contextos tecnológico, institucional o jurídico.

6) Carente de límites definidos, esto es, trascendental en sentido positivo: sentido ético, religioso o místico.

Otra de las acepciones de la solidaridad se da en tanto criterio de “modalidad”, esto es, como características de las cuales se derivan los dos siguientes sentidos.

7) Neutra. Solidaridad sin características axiológicas o normativas.

8) Normativa. Solidaridad con características axiológicas, normativas o exhortatorias.

Otra acepción de la solidaridad es la “dialéctica” en la que se “consideran las determinaciones (ejercidas o representadas) de la función solidaridad en cuanto estén afectadas o inafectadas por las relaciones de incompatibilidad” (Bueno, 2004, párr. 47) y de la cual se derivan los últimos dos sentidos de solidaridad.

9) Armónica. Su objetivo es que las partes se unan al todo permeando los contextos tecnológicos, materiales, sociales o políticos.

10) Polémica. Las partes se unen al todo por medio de la oposición a otros.

Una vez expuestos los sentidos de la solidaridad y algunas de sus relaciones, el autor se posiciona por el sentido polémico como aquel originario entre los demás. Este se desarrolla en tres “coordenadas” en cuanto profundidad de la solidaridad: en el antagonismo de primer orden se da la igualdad externa de solidarios contra terceros, usualmente entendida en una estructura “metafinita” en la que, en algún punto se es solidario con los demás, por ejemplo, los simpatizantes políticos de la izquierda contra los de la derecha; el antagonismo de segundo orden se da con la cooperación del oponente, de otra manera, no puede darse la igualdad solidaria, por ejemplo, la participación de los jugadores de ajedrez o la cooperación de los ejércitos para la guerra; en el antagonismo de tercer orden “se define una relación de igualdad (o de equivalencia) que es universal (afecta a todos los elementos del conjunto), pero que no es conexas (no afecta a cada par de individuos cualesquiera del conjunto)” (Bueno, 2004, párr. 56) por ejemplo, el hecho de que una familia sea solidaria no implica la solidaridad entre las familias, lo anterior puede ser extensivo a los propios Estados (Bueno, 2004).



Desde la propuesta de Gustavo Bueno (2004): Puyol (2017), Arango (2013) y Lolas (2012) invocan el sentido armónico de solidaridad, ya sea en la evocación de un principio, de un concepto para la salud pública o, un concepto orientador para las políticas públicas. Así, el sentido de la solidaridad armónica, motivaría un cambio en la relación entre las partes, aspirando a la unión del todo.

Para Bueno (2004), la solidaridad se abre camino en el presente con miras al futuro, y actúa a través de la “obligación o presión impuesta o emanada de la situación diamérica en la cual un grupo entra en relación con otros grupos” (párr. 145). La solidaridad se muestra como un concepto viable para pensar un sentido de bien común, donde no se invoca una visión armónica en la humanidad sino un sentido objetivo y de obligación entre grupos.

#### ***5.2.4.1 Solidaridad, cooperación y fraternidad.***

Otro elemento importante en la exposición de Bueno (2004) es el análisis entre la solidaridad, la cooperación y la fraternidad ya que suelen ser ideas asociadas entre sí. El autor analiza dos características comunes: por el tipo de ideas y por su temporalidad.

Partiendo del hecho de que no hay una moral universal, estos tres conceptos se aplican de manera polémica, esto es, de unos grupos enfrentados a otros, por tanto, son ideas morales o políticas antes que éticas. La segunda característica apela a sus diferencias temporales que a continuación se evidenciarán en cada idea.

La cooperación evoca una operación en tiempo presente en conjunto y puede diferenciarse en dos clases: la armónica como aquella en la que las operaciones están orientadas a un mismo objetivo, el fin es el mismo, aunque podría alcanzarse por diferentes medios, por tanto, no se garantiza la armonía entre los grupos cooperativos. La segunda clase es la cooperación polémica o competitiva que, bajo ciertas circunstancias, los grupos opuestos requieren de ayuda para alcanzar ciertos fines como es el caso de las democracias parlamentarias (párr. 144). La solidaridad se abre camino en el presente con miras al futuro, y actúa a través de la “obligación o presión impuesta o emanada de la situación diamérica en la cual un grupo entra en relación con otros grupos” (párr. 144).

La fraternidad de manera toral refiere al concepto zoológico de la relación de parentesco familiar y por tanto, evoca al pasado como fundamento de legitimidad. En términos antropológicos, se opondría al de ciudadanía porque prescinde de la relación sanguínea. Esto es, en tanto la fraternidad se legitima por la relación de parentesco, la solidaridad en términos antropológicos, sustentada por determinaciones particulares como los contextos institucionales, jurídicos o éticos, no requeriría del parentesco para consolidar a la ciudadanía, aunque sí demanda derechos y obligaciones. Por lo tanto, la fraternidad y ciudadanía se oponen de manera valorativa.

Es así como la solidaridad, se consolida como un concepto viable para pensar un sentido de bien común frente a los conceptos de fraternidad y cooperación. Lo anterior, aterrizado en las políticas públicas para las personas adultas mayores, no invoca una visión armónica en la humanidad sino un sentido objetivo y de obligación entre grupos.

Cerrando la exposición de Bueno y pensando en las políticas públicas de análisis, se deduce que, en la pensión no contributiva, el gobierno sería solidario en sentido polémico con las personas adultas mayores, en tanto el subsidio económico se otorga por criterio de edad, no importando si cotizaron en algún sistema de seguridad social o su condición socio-económica. El incentivo económico se paga a través de la recaudación de impuestos de la sociedad (fuerza tributaria), en tanto el programa está considerado a nivel de la CPEUM como parte del presupuesto de egresos federales (fuerza jurídica).

Las personas adultas mayores que consideren que no son sujetos del incentivo económico porque no les es significativo su beneficio, podrían rechazarlo al realizar el trámite correspondiente. Sin embargo, gubernamentalmente no hay mecanismos para reorientarlos al bien común, por tanto, la solidaridad gubernamental no dispone de información ni de mecanismos de seguimiento, así como las personas adultas mayores pueden manejar a discreción dicho recurso, situación que no se desfasa de la solidaridad en tanto se ha cumplido el sentido objetivo y de obligación.

Respecto a la priorización de la vacunación, la emergente pandemia fue arrojando información que ha ido modificando criterios, sin embargo, se rescatan algunos puntos. El personal en primera línea se justifica como una solidaridad trascendental o

supererogatoria, le sigue la priorización por edad, las personas adultas mayores quedaron en segundo lugar en tanto se tiene por objetivo general la disminución de la carga de enfermedad y de defunciones, situación que epidemiológicamente debió de dirigir la vacunación a otro grupo etario.

A lo anterior habría que agregar que, aun cuando se hubiese considerado como grupo prioritario aquel que mayores defunciones registró, cabría hacer un segundo tamiz, al decir que la escolaridad fue un factor que influyó en el número de defunciones en los grupos de edad mayoritariamente activos económicamente (Hernández, 2020). Una resolución gubernamental en ese sentido, que prioriza a este grupo de personas, impondría en automático una insolidaridad con los demás subconjuntos pertenecientes al conjunto primero.

¿Habría alguna invocación a la solidaridad que justificara la asignación prioritaria a las personas adultas mayores? En principio, podría pensarse en una solidaridad heterológica donde aquellos en desventaja deberían ser prioritarios, sin embargo, un juicio tan abierto se disuelve rápidamente. Por otra parte, la solidaridad antropológica, podría aplicarse para justificar que, en el contexto por grupos etarios, entonces, tiene cabida la solidaridad polémica.

### **5.3 La solidaridad en relación con el tercer nivel de análisis de la categoría de la vulnerabilidad**

El objetivo de esta investigación es responder la pregunta de investigación sobre cuál es la viabilidad de un enfoque bioético de vulnerabilidad aplicado a las políticas públicas mexicanas para las personas adultas mayores. El objetivo político deseable es que la relación vulnerabilidad-solidaridad sea una ruta de identificación y posibles resoluciones que mejoren las tomas de decisiones gubernamentales.

La solidaridad como respuesta a la vulnerabilidad es un tema del que se debe fijar un posicionamiento frente a la polisemia y posibles eufemismos. Cerrando el sentido del tercer nivel de análisis en la Figura 1, este apartado presenta el posicionamiento de la relación vulnerabilidad-solidaridad.

La categoría de vulnerabilidad se caracteriza por la derivación de la amenaza-riesgo-vulnerabilidad y su posible superación. Se expresa en tres niveles: el antropológico, el contextual individual o grupal y el contextual de interés institucional o gubernamental. En el nivel gubernamental, se identifica la superación a través del bien común-solidaridad.

La solidaridad es un concepto de relación que permite cuestionar al propio concepto, en el discernimiento de situar qué solidaridad para qué vulnerabilidad. Por tanto, el principal objetivo del concepto de solidaridad es la identificación de su relación con la vulnerabilidad en el sentido ético y político. La propuesta de Bueno (2004) es de mayor utilidad para orientar, qué solidaridades para qué vulnerabilidades pueden responder a la pregunta de investigación. La solidaridad con perspectiva bioética, puede considerar los sentidos heterológico, antropológico y polémico como rutas teóricas para analizar el sentido ético-político de la presente investigación.

Respecto a la justificación entre la vulnerabilidad y la solidaridad, la presente investigación se inclina por un sentido de relación, donde la solidaridad es viable en y vulnerabilidad. Se toma por caso la solidaridad en la priorización del personal médico en primera línea de atención a la COVID-19 que es viable a la vulnerabilidad de muertes y complicaciones de salud. La vulnerabilidad se posiciona como un conjunto de factores objetivos que pueden delimitarla, así también la solidaridad es concisa en su delimitación.

Si la solidaridad en sentido holístico refiere a la unidad, a su vez, la vulnerabilidad refiere el riesgo al daño a la integridad del sistema, entonces, la solidaridad es un concepto viable para la vulnerabilidad, porque ambas, en sentido trascendental contemplan la unidad o al sistema como totalidades a proteger del riesgo al daño y, por tanto, de potenciales vulnerabilidades.

Pensar el bien común como la unidad o sistema a proteger de las potenciales o reales vulnerabilidades, remite a analizar algunas de las partes de la unidad, para después hacer el trabajo de identificación de la relación vulnerabilidad-solidaridad.

En la presente investigación, se analiza el bien común hacia el grupo de los adultos mayores. Éstos constituyen un grupo heterogéneo desde la salud-enfermedad, lo sociodemográfico, lo cultural, su distribución en el país, además que legalmente la aspiración es generar y mantener una igualdad ante la ley de la población en México.

Por otra parte, la propuesta de la categoría de vulnerabilidad ha permitido discriminar las amenazas, los riesgos y, si de éstos pueden derivarse vulnerabilidades. De no hacerlo, entonces sólo hay una expresión de amenazas o amenazas-riesgos que pueden ser objeto de vigilancia para potenciales vulnerabilidades.

Cuando el análisis sí señala vulnerabilidades latentes o consumadas, entonces, desde un tercer nivel de análisis, la responsabilidad gubernamental debe cristalizarse en tomas de decisiones y posibles políticas públicas al respecto. Por lo tanto, se concreta el sentido ético-político que señala Luna (2015) en su propuesta de capas de vulnerabilidad.

### **5.3.1 Programa de pensión no contributiva.**

El incentivo económico que ofrece este programa, ¿podría unificar (en sentido holístico) a los adultos mayores más allá de la edad? Si la respuesta es afirmativa, entonces el problema público de la pobreza haría un llamado a la solidez (solidaridad) en tanto la disminución o la paliación de esta (riesgo). Si la respuesta es negativa, la pobreza como problema público no invoca a la unidad (como bien común) y habría que repensar los alcances y naturaleza de los problemas públicos.

A lo anterior, habría que agregar la distinción de qué pobreza económica está en juego, el CONEVAL identifica dos tipos de vulnerabilidades en cuanto a la medición de la pobreza: por carencias sociales y por ingresos. Es así como en términos generales, la pobreza por ingresos constituye un problema público que puede paliarse con la pensión no contributiva. En los casos de pobreza extrema podría constituir un programa solidario ante las grandes carencias económicas (cerca del 40% de las personas adultas mayores con ingreso laboral inferior al costo de la canasta alimentaria) (s.f., pp. 28-29), en el caso

de la población mayor a 65 años en condición de pobreza (tuvo una media de ingreso por 3241.89 en el primer trimestre de 2020) (CONEVAL, s.f), podría llegar a constituir un incentivo económico aplicable a las necesidades materiales que mejor consideren en su contexto solidario antropológico.

Un último punto resalta en la solidaridad polémica entre las personas adultas mayores y el resto de la población, y es que un quinquenio de este grupo etario sigue sin recibir el incentivo económico,-queda pendiente la resolución hacia su inclusión-.

Siendo el criterio cronológico el requisito más importante para recibir la pensión no contributiva, que haya personas adultas mayores entre 60 y 64 años que no la reciban, no ha logrado una justificación en tanto los recursos para el programa se han ampliado y es uno de los estandartes políticos del actual gobierno. Ya sea que se justifique como un incentivo económico como reconocimiento de las personas adultas mayores a su labor en el país, esto es, actos del pasado que en el presente se retribuyen; o como una acción gubernamental en contra de las condiciones de desigualdad (Secretaría del Bienestar, 11 de febrero de 2019), esto es, actos del pasado que en el presente se restauran con miras a un futuro sin daño.

Por su parte, la solidaridad polémica por la aceptación pública de la pensión no contributiva es favorable, situando a la solidaridad entre el gobierno y la población no beneficiaria, como un caso favorable del llamado a la unidad, entendido como el uso de recursos fiscales, priorización y adecuación del programa y de la población objetivo.

### **5.3.2 Política de priorización de vacunación.**

La priorización en la vacunación, ¿podría unificar a las personas adultas mayores más allá de la edad? Si la respuesta es afirmativa el sentido tendría que ser conmensurable. Desde la solidaridad heterológica hubo un primer acercamiento sobre la priorización entre las personas adultas mayores que iría de los de mayor edad a los de menor edad, de tal manera que se privilegiaría a aquellos cuya fragilidad fisiológica tuvieran un mayor riesgo de complicarse y morir.

En la realidad, esta priorización cambió, la vacunación tuvo un mayor énfasis en la población urbana de adultos mayores (solidaridad heterológica) debido a la mayor

incidencia de casos y a la logística del transporte de la vacuna por el tipo de refrigeración requerida; mediáticamente se evidenciaron casos de inequidades al acceso del registro virtual y de las posibilidades de ir al lugar designado para la aplicación de la vacuna, contrastado con casos en los que vecinos, familiares o desconocidos se ofrecían a ayudar en el registro o llevarlos a vacunar (solidaridad antropológica).

Gubernamentalmente se expresó una solidaridad polémica hacia los médicos de instituciones públicas y las privadas, situación que causó cierto revuelo mediático porque hubo un gran desfase de tiempo de vacunación entre estos grupos; después la solidaridad polémica se expresó entre las personas adultas mayores que, por distribución geográfica, fueron vacunados antes que otros, siendo mediáticos los casos donde llegaban a vacunarse con comprobantes de domicilio distintos a su residencia original, ya sea para ser vacunados antes o elegir el laboratorio que les parecía una mejor opción.

La priorización para la vacunación, así como para la dosis de refuerzo encuentra una solidaridad polémica respecto a la población que no desee vacunarse y constituye un tema prioritario para los gobiernos. Hay una responsabilidad gubernamental para generar tomas de decisiones en la ciudadanía orientadas por la información lo más certera y actualizada, sin embargo, lo anterior no debería obligar a la vacunación en tanto se espera un consentimiento informado y libre.

La situación cambiaría al situar el foco de atención en la responsabilidad gubernamental de promover una salud pública cerrando filas ante más olas de contagios. Ejemplo de lo anterior es el país de Tayikistán que por Decreto, obliga a vacunar a aquellos mayores de 18 años. Mientras que en Estados Unidos de América, se muestra moderado, de acuerdo con el ejercicio profesional y a la empresa contratadora se promovió la vacunación obligatoria (El Periódico, 19/07/2021) En el caso de México, queda a criterio personal de su población (Gobierno de México, 2020b), situación que confirma una solidaridad polémica entre los grupos prioritarios.

Las personas adultas mayores en México no constituyeron el grupo de mayor riesgo epidemiológico, lo fueron los adultos entre 35 y 65 años por exceso de mortalidad. Sin embargo, parece que el apoyo social y el gubernamental consolidaron su priorización por

razones de solidaridad carente de límites definidos y de solidaridad normativa exhortatoria (un deber moral que había tenido cierta discusión social y mediática cuando se propuso la *Guía bioética para la asignación de recursos escasos* en abril de 2020), además de antropológica (favorecer a los más susceptibles por criterio de edad, consolidar el aprecio social o la inferencia de la discriminación hacia este grupo que en otras partes del mundo era prioritario).

Cerrando el enfoque de Gustavo Bueno y una vez analizadas algunas aristas de las políticas públicas a la luz de la solidaridad como concepto cuestionable, la Tabla 15 sintetiza las solidaridades identificadas en la pensión no contributiva y la priorización para la vacunación.

### Tabla 15

*Solidaridades identificadas en las políticas públicas de pensión no contributiva y priorización para la vacunación desde la propuesta de Gustavo Bueno*

<b>Solidaridad en la pensión no contributiva</b>	<b>Solidaridad en la priorización en la vacunación</b>
Heterológica. Diversidad de las personas adultas mayores que pueden ser sólidos en la edad y en la pobreza (el combate a la pobreza es corresponsabilidad gubernamental)	Heterológica. Diversidad de personas adultas mayores que pueden ser sólidos en la edad y en la probabilidad de complicaciones y muerte derivadas de la COVID-19
Antropológica. El incentivo económico puede ser usado en múltiples necesidades o deseos, por tanto, la paliación de la pobreza es una arista entre muchas para el beneficio de las personas adultas mayores	Antropológica. Susceptibilidad para complicarse y morir en casos de contagio sobre todo a partir de los 70 años y en condiciones de pobreza
Polémica entre personas adultas mayores. 1. En situación de pobreza vs aquellos cuyos recursos hacen innecesario el incentivo económico 2. En ejercicio de su autonomía vs explotados por familiares o conocidos para la obtención del dinero ejerciendo presión física o mental	Polémica entre personas adultas mayores. 1. Quienes viven en zonas urbanas y de mayor concentración vs quienes viven en zonas rurales 2. Con acceso o facilitadores para el registro virtual de la vacunación, así como del acceso o facilitadores para la movilidad hacia el centro de



3. Adultos mayores a favor de la pensión no contributiva vs adultos mayores en contra en tanto no la desean	vacunación vs quienes no cuentan con dichos accesos o facilitadores
4. Edad cronológica de 65 años y más vs edad de 60 a 64 años	3. A favor de la vacunación vs en contra de la vacunación

La solidaridad y la vulnerabilidad se proponen como recursos teóricos relevantes para dar sentido al plano ético-teórico y el ético-político porque tanto las omisiones como las acciones gubernamentales están permeando la idea del bien común, así como los riesgos y las amenazas que procura hacerles frente en tanto problemas públicos.

#### **5.4 Enfoque bioético de vulnerabilidad aplicado a las políticas públicas mexicanas para las personas adultas mayores**

Las sociedades contemporáneas nos estamos reconfigurando sobre: cómo debemos vivir, cómo podríamos morir, cómo debemos distribuir los recursos, cómo debemos relacionarnos.

La categoría de la vulnerabilidad, entendida como aquellas amenazas y riesgos, tiene cabida en la identificación de los problemas públicos, que a su vez puede generar reflexiones sobre la justificación de las políticas públicas enfocadas a las personas adultas mayores.

Después de hacer un análisis de la vulnerabilidad, las políticas públicas, los contextos de las personas adultas mayores y las solidaridades, puede exponerse el enfoque bioético de la vulnerabilidad que responde a la pregunta de investigación ¿cuál es la viabilidad de un enfoque bioético de vulnerabilidad aplicado a las políticas públicas mexicanas para las personas adultas mayores?

La respuesta a la herida (vulnerabilidad) en el contexto de la ética, la política y la vulnerabilidad en la época actual puede diferenciarse a través de tres niveles de análisis: antropológico (primer nivel), individual y grupal (segundo nivel) y, las instituciones y el gobierno (tercer nivel). En términos éticos, la responsabilidad de las consecuencias recae sobre el propio agente moral y, en términos sociales y políticos, esta ética tiene el deber

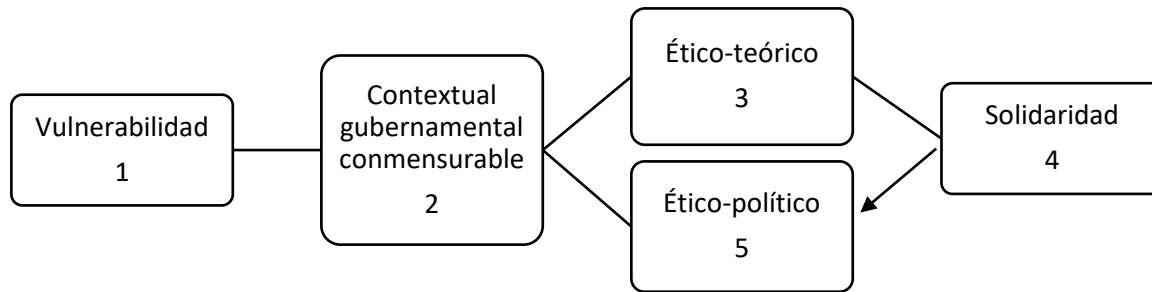
de generar ciudadanía; la respuesta gubernamental ante la herida debería orientarse hacia la prevención y la atención de los problemas públicos.

Los problemas públicos son una constante en los gobiernos, ya sea porque la población es heterogénea y está en proceso de maduración para generar ciudadanía o porque hay acciones y omisiones institucionales o gubernamentales que están generando problemas. Por ejemplo, en el primer caso se identifican las actitudes culturales hacia la merma de la inclusión social y actividad económica voluntaria que deriva en vulnerabilidad de aislamiento, exclusión social y reforzamiento del sentimiento de abandono; en el segundo caso, la negación del envejecimiento como parte del curso de vida a través de la propuesta MGZA en la CIE-11 (OMS, 2019) que deriva en vulnerabilidad como cambio negativo de trato y merecimiento de las personas adultas mayores.

Los problemas públicos en el tercer nivel de análisis demandan una responsabilidad ética gubernamental que no siempre es fácil distinguir. Respecto a la merma de la inclusión social y actividad económica voluntaria, una de las acciones gubernamentales ha sido a través de: la política pública a favor de la cultura del envejecimiento, la asesoría jurídica, la vinculación productiva, la capacitación para el trabajo y el uso del tiempo libre para la recreación y la convivencia a través de los programas del INAPAM, ¿podría gestionarse una responsabilidad ética distinta a la que actualmente se está brindando? Para ayudar a responder la pregunta, la solidaridad se muestra pertinente como evocación del bien común que, en su sentido polémico, los gobiernos deberían de promover y consolidar. La Figura 9 se construye como la propuesta definitiva del tercer nivel de análisis de la categoría de vulnerabilidad y se identifica la ruta básica de la misma.

### **Figura 9**

*Enfoque bioético de vulnerabilidad aplicado a las políticas públicas mexicanas para las personas adultas mayores*



Nota. La numeración obedece al orden en el que se justifica la propuesta y los conectores indica las relaciones del enfoque bioético.

Respecto a la ruta de responsabilidad ética gubernamental para generar ciudadanía, se podrían identificar los problemas públicos y sus vulnerabilidades, a través de la opinión pública de los afectados y, de los recursos gubernamentales para hacer las evaluaciones presentes y las proyecciones del impacto de la atención de los problemas públicos y sus implicaciones éticas.

Hasta aquí, la responsabilidad ética gubernamental no tiene mayor distancia a lo que la teoría de las políticas públicas también plantea y, sin embargo, ya comienza a dibujarse una vía de corresponsabilidad entre los actores involucrados. La solidaridad plantearía obligaciones entre grupos que fortalecerían la corresponsabilidad continuando con el objetivo de generar ciudadanía con miras al bien común. Finalmente, el sentido ético-político consolidaría la justicia distributiva de los recursos en la población, posicionando al bien común en su nivel más genérico pero no por ello confuso o polisémico.

Teniendo desarrollados cinco capítulos sobre la vulnerabilidad, los contextos de las personas adultas mayores en México y sobre la solidaridad, puede concluirse qué vulnerabilidad para qué solidaridad trascienden en la vida de las personas adultas mayores en México, vincularlas con las políticas públicas de análisis y, finalmente, concluir con el plano ético-político como una ruta de responsabilidad ética gubernamental.

La propuesta se expone en cuatro momentos que son expresados en forma de preguntas con sus respuestas inmediatas: ¿cuáles son las vulnerabilidades identificadas en los

contextos de las personas adultas mayores?, ¿cuáles son las solidaridades que responden a las vulnerabilidades de las personas adultas mayores?, ¿cuál es el paso del plano ético-teórico al ético-político?, ¿es útil el uso del enfoque bioético de vulnerabilidad en las políticas de pensión no contributiva y la priorización de vacunación?

1. ¿Cuáles son las vulnerabilidades identificadas en los contextos de las personas adultas mayores?

- En la perspectiva sociodemográfica (Tabla 4): desigualdad derivada de la pobreza; aislamiento, exclusión social y reforzamiento del riesgo de caídas a nivel antropológico; el aislamiento, exclusión social y reforzamiento del sentimiento de abandono a nivel social y falta de espacios laborales y de convivencia.
- En la perspectiva de la salud-enfermedad (Tabla 8): fragilidad, discapacidad y muerte derivada de la falta de acceso a los servicios de salud; fragilidad, discapacidad y muerte derivada de la pandemia por la COVID-19; fatiga pandémica; cambio negativo de trato y merecimiento de las personas adultas mayores; pendiente resbaladiza hacia la discriminación en el área de la salud, social y jurídica.
- En la perspectiva jurídica (Tabla 13): injusticia; anulación o menoscabo de la dignidad; desigualdad; violencia y muerte.
- En la perspectiva cultural (Tabla 15): paternalismo; injusticia; discriminación; falta de solidaridad; irresponsabilidad y trato indigno hacia las personas adultas mayores.

2. ¿Cuáles son las solidaridades que responden a las vulnerabilidades de las personas adultas mayores?

- En la perspectiva sociodemográfica:
  - 1) a la desigualdad derivada del riesgo de la pobreza correspondería la solidaridad holística, por medio de la pensión no contributiva unificando al grupo de adultos mayores y constituyendo una solidaridad polémica respecto a otros grupos etarios en condición de pobreza y sin acceso a un incentivo económico;

- 2) al aislamiento, exclusión social y reforzamiento del riesgo de caídas a nivel antropológico correspondería la solidaridad holótica a través de la previsión institucional, de la sensibilización social y el autocuidado durante el curso de vida;
  - 3) a la solidaridad antropológica en la infraestructura para una ciudad amigable con las personas mayores y; en el acceso prioritario e información gubernamental y empresarial sobre servicios y bienes esenciales.
  - 4) al aislamiento, exclusión social y reforzamiento del sentimiento de abandono a nivel social y de espacios laborales y de convivencia, correspondería la solidaridad heterológica en tanto redes de apoyo familiar, social, institucional; además de la solidaridad heterológica como presión social y gubernamental en temas de interés del grupo de los adultos mayores.
- En la perspectiva de la salud-enfermedad:
    - 1) a la fragilidad, discapacidad y muerte derivada de la falta de acceso a los servicios de salud y derivada de la pandemia por la COVID-19 les correspondería la solidaridad heterológica cuya desigualdad debería aspirar a un bien común cristalizado en el acceso al derecho a la salud como condición mínima de bien común;
    - 2) a la fatiga pandémica correspondería la solidaridad antropológica, las determinaciones particulares de la OMS por estrategias gubernamentales para darle un revés porque puede afectar la salud pública en situación de pandemia;
    - 3) al cambio negativo de trato y merecimiento de las personas adultas mayores correspondería una solidaridad antropológica a través de políticas a favor de la cultura del envejecimiento;
    - 4) a la pendiente resbaladiza hacia la discriminación en el área de la salud, social y jurídica le correspondería una solidaridad heterológica expresada internacionalmente en la crítica ante la clasificación MGZA, CIE-11 (OMS, 2019) y una solidaridad antropológica donde sería requerida en aquellos que no desempeñan un rol protector.
  - En la perspectiva jurídica:

- 1) a la injusticia le correspondería la solidaridad categorial en tanto justicia en un sentido de igualdad ante la ley;
  - 2) a la anulación o menoscabo de la dignidad le correspondería una solidaridad carente de límites definidos porque la voluntad de los Estados está generando alianzas para acordar los límites mínimos, trato y consideración por los seres humanos en su individualidad y colectividad;
  - 3) a la desigualdad derivada del riesgo de la pobreza le correspondería una solidaridad holótica por medio del programa de pensión no contributiva a nivel constitucional se unifica a las personas adultas mayores como población objetivo. En términos jurídicos, también los jóvenes estudiantes y las personas con discapacidad constituyen poblaciones receptoras de incentivos económicos de carácter universal;
  - 4) a la violencia y muerte le correspondería una solidaridad antropológica por la diversidad de contextos en los que puede desarrollarse la vulnerabilidad. Sin embargo, de manera más contundente le correspondería una solidaridad de carácter categorial en tanto que la violencia y la muerte, derivada de la amenaza de la soledad, abandono, discriminación, maltrato, desamparo o marginación tienen límites o sanciones jurídicas. La solidaridad polémica podría desarrollarse en el proceso jurídico ante la denuncia respaldando a la persona adulta mayor, siendo polémica a quienes han dañado o intentado dañarlos.
- En la perspectiva cultural:
    - 1) al paternalismo derivado del edadismo le correspondería una solidaridad polémica, que ante las actitudes paternalistas correspondería la oposición, favoreciendo la autonomía (más no el mero deseo);
    - 2) a la injusticia por edadismo le corresponde una solidaridad categorial actualizando la normatividad de acuerdo a las situaciones emergentes como la propuesta de la clasificación MGZA (OMS, 2019) y desde la solidaridad normativa, haciendo valer el estado de derecho orientado a las políticas públicas;

- 3) a la discriminación derivada de la amenaza del edadismo le correspondería la solidaridad normativa y categorial en el mismo sentido de la vulnerabilidad por injusticia;
- 4) a la falta de solidaridad derivada de la amenaza del “atomismo generacional” le correspondería una solidaridad antropológica que podría atenderse con programas gubernamentales (lugares de convivencia y recreación) o fortaleciendo redes de apoyo diversas;
- 5) respecto a la irresponsabilidad y trato indigno hacia las personas adultas mayores constituye un punto especialmente importante porque la responsabilidad de los agentes morales puede ir hacia una pendiente resbaladiza del riesgo al daño en los adultos mayores. En el caso de delegar el autocuidado, así como la distancia geográfica, le correspondería una solidaridad antropológica.
- 6) Contemplando que hay casos donde la autodeterminación está comprometida por limitaciones mentales o de violencia, dichas excepciones son polémicas ante el autocuidado como solidaridad antropológica en un sentido mesurado de responsabilidad moral, social y gubernamental.
- 7) Respecto al cuidado familiar con fuerte tendencia hacia el cuidado intergeneracional le correspondería una solidaridad heterológica con derivación orgánica uniendo a las generaciones familiares, así como una solidaridad normativa social y familiar exhortatoria al cuidado familiar.
- 8) El incremento de la cantidad de años, así como la especialidad de los cuidados, le correspondería una solidaridad heterológica gubernamental e institucional, situación que sigue siendo tema de recomendaciones de expertos en geriatría en tanto es un tema en exponencial incremento poblacional y de la mano de la pobreza generalizada de la población.

### 3. ¿Cuál es el paso del plano ético-teórico al ético-político?

En este punto de la investigación es cuando la separación de los contextos de las personas adultas mayores puede disolverse en aras de identificar las “condiciones estímulo” (Luna, 2021) que permitan resolver las priorizaciones cristalizadas en políticas

públicas. La vulnerabilidad (la herida que puede llegar a ser consumada, la parte del sistema que puede ser afectada en su integridad), se identifica en los contextos objetivos como lo sociodemográfico, la salud-enfermedad, lo jurídico y lo cultural.

De lo anterior, se deriva el plano de discusión ético-teórico que al dar cuenta de este adquiere sentido y justificación el plano ético-político, teniendo por objetivo responder dos preguntas que Luna (2015) consideraría torales, ¿es necesario proteger a las personas adultas mayores con la política de pensión no contributiva (incentivo económico) y con la priorización de vacunación (beneficio temporal)?

Es necesaria la protección de las personas adultas mayores mediante la política de pensión no contributiva (incentivo económico), en el sentido de vulnerabilidad por falta de acceso a los servicios de salud, la exclusión social, el aislamiento y la falta de espacios laborales. Lo anterior, podría traducirse en términos generales en el problema público de la necesidad de generación de empleos hacia este grupo etario, ya sea a través de la vinculación productiva para las empresas (política pública existente) o autoempleo (programa del INAPAM de capacitación para el trabajo).

Su relación con la solidaridad sería en el sentido heterológico con derivación política, así como la solidaridad polémica en tanto afectaría a todas las personas adultas mayores como grupo, pero de la que harían uso solo los interesados en generar o mantener su rol productor, no siendo conexas entre quienes ya no quieren laborar o ya no puedan hacerlo por condiciones físicas, mentales o geográficas.

Es necesario proteger a las personas adultas mayores mediante la priorización de la vacunación en el sentido de vulnerabilidad por reforzamiento de abandono a nivel social, fragilidad, discapacidad y muerte derivada de la pandemia por la COVID-19; fatiga pandémica; cambio negativo de trato y merecimiento de los adultos mayores, pendiente resbaladiza hacia la discriminación en el área de salud, social y jurídica; desigualdad; paternalismo.

Lo anterior, podría traducirse en términos generales en los problemas públicos de condiciones de fragilidad y de la falta de bienestar subjetivo en las personas adultas mayores. En el primer caso, la relación con la solidaridad se centraría en un beneficio



temporal, constituyendo una solidaridad heterológica de derivación política (desigual por priorización con unión política como objetivo de la salud pública); antropológica de carácter categorial en el contexto institucional y jurídico (plasmado en la política de vacunación) y la solidaridad polémica. En el segundo caso, la relación con la solidaridad está fuertemente influenciada con el estado anímico de las personas (contexto fuera de los alcances de la presente investigación al pertenecer al nivel 1 y 2 de la categoría de vulnerabilidad) y de aquella cultura a favor del envejecimiento de la que podría evocarse la amenaza de la aprobación de la clasificación MGZA (OMS, 2019), así como de políticas como la que está a favor de la cultura del envejecimiento o la generación de empleos que puede generar el “rol productor”.

La falta de bienestar subjetivo en el tercer nivel de análisis tiene relación con la solidaridad heterológica orgánica, antropológica con determinación carente de límites definidos; solidaridad armónica en el contexto social y político. Por lo tanto, se evoca la protección gubernamental de las personas adultas mayores derivado del problema público de la necesidad de generación de empleos a través de la generación de oportunidades laborales (solidaridad heterológica y polémica) y la necesidad de la pensión no contributiva estaría dirigida a quienes no quieran o no puedan desarrollar el rol productor.

La protección gubernamental hacia las personas adultas mayores, deriva del problema público de condiciones de fragilidad y de la falta de bienestar subjetivo, a través de la priorización de la vacunación (solidaridad heterológica y polémica), así como de la falta del bienestar subjetivo (solidaridad heterológica, antropológica y armónica).

4. ¿Es útil el uso del enfoque bioético de vulnerabilidad en la política de pensión no contributiva y en la priorización de vacunación?

La vulnerabilidad como problema público de atención para la política de la pensión no contributiva se identifica de manera multifactorial en el plano conmensurable de las personas adultas mayores. Sin embargo, podría dibujarse una ruta sobre cómo opera: se disminuye o desaparece el rol productor (principalmente económico y social), se incrementan las condiciones de fragilidad, por lo tanto, la pensión no contributiva ejerce

la solidaridad entre aquellos vulnerables por ingresos y bajo ciertas condiciones en los vulnerables por carencias sociales (cf apartado 3.1.3).

Por otra parte, también se identifican grupos que han perdido autonomía física y mental y los imposibilita a recuperar su rol productor, aunado a las condiciones de pobreza en el grupo de las personas adultas mayores, cuya necesidad material los deriva como grupo prioritario de atención en incentivos económicos<sup>28</sup>; pues la solidaridad antropológica orientaría las vulnerabilidades hacia las condiciones estímulo más agudas por atender. Le seguiría las personas adultas mayores en condición de pobreza económica que no desearan continuar con el rol productor y, por último, las personas adultas mayores cuya condición de pobreza pudiera ser paliada a través de la pensión no contributiva. Fuera de esos grupos prioritarios, no se identifican las condiciones necesarias para evocar la vulnerabilidad y su relación con la solidaridad gubernamental en la política de pensión no contributiva.

Por lo tanto, es útil el uso del enfoque bioético de vulnerabilidad en la política de pensión no contributiva en la relación vulnerabilidad-solidaridad. El plano ético-político se concreta en el bien común en tanto el ejercicio de la responsabilidad gubernamental a través de la generación de oportunidades laborales y de la pensión no contributiva, entre quienes no puedan o ya no deseen seguir insertos en el ámbito laboral. Lo anterior, podría tener utilidad y generar responsabilidad ciudadana entre los que rechacen la pensión no contributiva, pudiendo abonar económicamente al grupo de receptores de dicha pensión.

La vulnerabilidad como problema público de atención para la política de vacunación también se expresa de manera multifactorial entre las personas adultas mayores. La ruta sobre cómo opera es de la siguiente manera: hay una tendencia hacia la fragilidad entre las personas adultas mayores, luego, la priorización en la vacunación ejerce la solidaridad entre aquellos cuya condición de salud está aún más comprometida al punto de complicarse gravemente o morir. Le seguiría aquellas personas adultas mayores que en condición de pobreza necesitan ejercer el rol productor para su propio sustento o sustento familiar. Al respecto de este último punto, el gobierno implementó una solidaridad de

---

<sup>28</sup> En las actuales políticas públicas, se es receptor de pensión por condición de discapacidad hasta los 64 años o se es receptor de la política de pensión a partir de los 65 años y más.

adelanto de la pensión no contributiva para que en momentos de mayor restricción de movilidad por la pandemia pudieran hacer uso de la distribución del dinero en montos más grandes, aunque también más espaciados. Finalmente, se identifica a las personas adultas mayores que por razones de bienestar subjetivo justificaría su priorización. Ya sea para convivir con sus seres queridos, con amistades, por procurar espacios de ocio fuera de casa, para trabajar en el ejercicio libre del rol productor, todos tienen impacto en la salud mental y, por consiguiente, repercute en la salud física.

Por lo tanto, es útil el uso del enfoque bioético de vulnerabilidad en la política de vacunación en la relación vulnerabilidad-solidaridad. En el plano ético-político se concreta el bien común en la protección gubernamental a través de la atención de los problemas a la fragilidad (priorización de la vacunación) y la atención por el bienestar subjetivo (cultura del envejecimiento).

## Conclusiones

La pregunta de investigación sobre cuál es la viabilidad de un enfoque bioético de vulnerabilidad aplicado a las políticas públicas mexicanas para las personas adultas mayores, fue respondida en su versión más sintetizada en la Figura 9. Lo anterior, constituyó la pesquisa más importante y acabada de una gran cantidad de cuestionamientos que surgieron desde la idea del proyecto de investigación hasta la redacción de las conclusiones.

La viabilidad de la categoría bioética obedece a las rectificaciones de la investigación, donde algunas preguntas fueron desechadas o reajustadas. Por tanto, la respuesta a la pregunta es un enfoque conmensurable de condiciones que, a través de la deducción amenaza-riesgo, tiene lugar la vulnerabilidad desde el tercer nivel de análisis, enlazando a la solidaridad como una opción al bien común, siendo este último el objetivo del Estado.

La vulnerabilidad como categoría bioética en las políticas públicas para las personas adultas mayores, se construyó y consolidó de acuerdo con el objetivo de la investigación. Esto es, por una ruta de identificación y reflexión, de un enfoque bioético de la vulnerabilidad viable al contexto de las personas adultas mayores, enfocado en la política de la pensión no contributiva y de la priorización de la vacunación. Se espera que la propuesta pueda servir como herramienta académica y como herramienta para la justificación de políticas públicas que pretendan hacer uso de la vulnerabilidad como atención a los problemas públicos.

La especificidad de la propuesta, no exime que pueda abonar a la respuesta de una pregunta clásica: ¿cómo debemos vivir? Los análisis científicos sobre nuestra constitución biológica, psicológica, anímica, geográfica, social, económica nos proporcionan una base indispensable para pensarnos. Por otra parte, nuestras prácticas culturales y nuestras reflexiones éticas nos permiten observar nuestro presente y trazar configuraciones futuras. Los capítulos 3 y 4 sentaron la base sobre cómo viven las

personas adultas mayores, mostrando los problemas públicos y las fortalezas con las que cuentan como grupo poblacional.

Los grupos poblacionales tienen como característica coincidir en un rango de edad pero también se distinguen por la pluralidad de condiciones en las que viven. Surgiendo una pregunta obligada, en un mundo plural ¿hay cabida para una concepción de vulnerabilidad?

La viabilidad de un enfoque bioético de vulnerabilidad para las políticas públicas mexicanas enfocadas en las personas adultas mayores se da en términos modestos: en la búsqueda del bien común como objetivo del Estado, aunado a los contextos de las personas adultas mayores, se dibuja “el ser” de este grupo etario en México, esto es, se evidencia la vulnerabilidad como “dúctil y relacional” en algunos de sus escenarios; planteando problemas públicos, así como sus posibles resiliencias. Hasta este punto se expone la relación: vulnerabilidad → contextual gubernamental conmensurable → ético-teórico.

Después se propone un sentido concreto del bien común, derivado de lo contextual gubernamental conmensurable, pero habiendo pasado por el tamiz de lo ético-teórico de las personas adultas mayores. Teniendo como resultado la solidaridad en su sentido heterológico, antropológico y polémico. Finalmente, el plano ético-político tiene como principal cualidad el examen sobre la necesidad de protección a la población de adultos mayores y la pertinencia del enfoque para las políticas públicas objeto de análisis.

Por tanto, la propuesta del enfoque bioético de la vulnerabilidad puede mejorar la distinción de la dinámica de las personas adultas mayores, sus problemas públicos, con el objetivo de paliar o eliminar la vulnerabilidad.

La identificación de la amenaza puede dar una valiosa herramienta para anticipar escenarios de exposición al daño, mientras que la valoración de los riesgos permite mantener cierto rango para adelantarse a los daños. El principal objetivo de la anticipación ya sea en su versión teórica o material, es que el sistema (instituciones, gobierno o sujetos) puedan configurar cierta protección a su integridad, abonando así a

su empoderamiento, entendido este último como la capacidad de y el ejercicio de hacer frente al potencial y proporcional daño.

La vulnerabilidad como categoría “dinámica y relacional” permite ubicar el contexto y las circunstancias de las personas adultas mayores, teniendo como consecuencia una constante actualización del statu quo. La presente investigación identificó tres niveles de análisis de la vulnerabilidad (Figura 1), el nivel contextual gubernamental aspira al bien común, en el que está implícito un deber moral de reconocimiento del daño físico o psicológico y su atención en tanto problema público.

Se espera que las políticas públicas -a través de su diseño, fundamentación y constante evaluación- puedan atender temas de interés público, entre ellos, problemas públicos que procuren la calidad de vida de su población, así como la atención de los problemas (en sus diferentes grados de afectación cualitativa y cuantitativa) que no sólo responden a una atención administrativa y política, sino también de aquellos cuya atención ética es fundamental en cuanto la responsabilidad gubernamental para generar el bienestar de su población.

Los conceptos: bien, bienestar y responsabilidad, aterrizan en lo público, en las necesidades, en las problemáticas y en una constante transformación social que de manera ideal busca un mejor lugar para vivir en el presente y en el futuro.

Por lo tanto, ante la polisemia de las nociones de vulnerabilidad y de solidaridad, la presente investigación se hace un aporte sobre la validación y sobre la posibilidad de aplicaciones específicas de la categoría de la vulnerabilidad que puedan ser usadas para dar sentido o explicación a fenómenos tan inmediatos como la actual pandemia, pero también puede ser pensada como una categoría bioética que ayude en el diseño de políticas públicas de modo diacrónico.

Tras presentar el enfoque bioético de vulnerabilidad, quedan como temas para futuras investigaciones:

- Las protecciones gubernamentales de mayor impacto conmensurable hacia las personas adultas mayores está en la pensión no contributiva, política pública centrada en

la atención de la vejez (65 años y más), ¿podría pensarse en una estrategia que atienda al envejecimiento (como curso de vida)? La seguridad social universal podría ser una respuesta que de entrada es idónea pero su viabilidad fáctica trasciende el objetivo de la presente investigación.

- De acuerdo con la esperanza de vida en México, se viven 15 años en la etapa de la vejez, ¿cómo debemos vivir con una población en exponencial crecimiento demográfico, aumento de fragilidad después de los 70 años y pobreza generalizada? De entrada, parecen evocarse vulnerabilidades que los hacedores de políticas públicas deben de profundizar para el diseño, aplicación y evaluación desde una perspectiva de *policy*.

La presente investigación contribuyó a responder cuáles son aquellas situaciones de amenazas, riesgos y vulnerabilidades que, engarzada de la solidaridad, pueden priorizar entre las vulnerabilidades identificadas desde un tercer nivel de análisis. Sin embargo, la actualización de datos y la traslación a otras áreas de estudio podría generar resultados mucho más enriquecedores.

- Evocando la figura de una ciudadanía responsable, llama la atención que ante los problemas públicos de las personas adultas mayores hay pocas voces en primera persona. Si las personas adultas mayores son un importante y creciente capital político, esto es, que se asume que hay intereses diversos que políticamente les está dando mayor presencia, ¿por qué no figura su voz en las tomas de decisiones salvo en ejemplos esporádicos y paradigmáticos? ¿será que su función gubernamental es preponderantemente en un sentido de *politics*?

Dicha situación mostró características de haberse llevado a cabo en la política de pensión no contributiva lo que invitaría a pensar en cómo del “ser” puede arrastrar al “deber ser” como aspiración al bien común. La triada de agentes responsables (individuo, sociedad y gobierno) podrían actuar evocando el Estado de derecho (respeto a las leyes) y exigir el cumplimiento del “deber ser”. Por otra parte, la evocación de la reflexión ética podría pensar en cómo debemos vivir, ajustando reflexiones y actos a las problemáticas ya conocidas y a las de nuevo surgimiento.

Finalmente, la bioética como aquellas pautas del entendimiento, podría abonar a los problemas públicos a través de la formulación de preguntas, procedimientos y conceptos que permitan el entendimiento de los problemas y sus posibles soluciones.



## Referencias

- Acerbi, C. (2013). Una mirada histórica: Y también la vejez tiene su historia. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 69-73.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-726436?lang=es>
- Andrew, K. (2021). 58% de muertes por COVID en México ocurrieron en casas o la calle y no en hospitales: INEGI. (28/01/2021). *Televisa.news*.  
<https://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/58-por-ciento-muertes-covid-mexico-ocurrieron-casas-calle-y-no-hospitales-inegi/>
- Angel, A. y Roldán, N. (2020). La pandemia provoca que diagnósticos de enfermedades como cáncer o diabetes caigan hasta 50% en México. (3/09/2020). *Animal Político*.  
<https://www.animalpolitico.com/2020/09/cae-deteccion-enfermedades-no-son-covid-cancer-diabetes/>
- Antonio, G. (2012). Pobres, humildes y miserables en la Edad Media. *En-claves del pensamiento*, 6(12), 199-204.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-879X2012000200011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2012000200011&lng=es&tlng=es)
- Arango, R. (2013). Solidaridad, democracia y derechos. *Revista de Estudios Sociales*. (46), 43-53. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.7440/res46.2013.05>
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Naciones Unidas. Santiago de Chile.  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/1/S01121061\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/1/S01121061_es.pdf)
- Auditoría Superior de la Federación [ASF], Evaluación núm. 1645 “Evaluación de la política pública de atención a las personas adultas mayores”. Cámara de diputados.  
[https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014\\_1645\\_a.pdf](https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014_1645_a.pdf)
- Bobbio, N. (1996). Democracia. En *Norberto Bobbio: el filósofo y la política. Antología*, (pp. 229-238). FCE.
- Bueno, G. (2004). Proyecto para una trituración de la Idea general de Solidaridad. *El Catoblepas*, (26) <https://www.nodulo.org/ec/2004/n026p02.htm>

- Campos, T. (2021). Post-COVID-19 WHO Reform: Ethical Considerations. *Public Health Ethics*, 14(2), pp. 1-14. Doi:10.1093/phe/phab011
- Carbajo, M. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (24), 87-96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3282988>
- Cárdenas, J. (2017). *Del Estado absoluto al Estado neoliberal*. UNAM e Instituto de Investigaciones Jurídicas. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/4310-del-estado-absoluto-al-estado-neoliberal>
- Carod, F. (2021). Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados. *Revista de Neurología*, 72(11), pp. 384-396. DOI: 10.33588/rn.7211.2021230
- Carrillo, E. (2021). Ssa justifica no vacunar a médicos particulares: hospitales privados atienden 1.7 de los casos. (16/04/2021). *Forbes México*. <https://www.forbes.com.mx/ssa-justifica-no-vacunar-a-medicos-particulares-hospitales-privados/>
- Casado, M., Rodríguez, P. y Vilà, A. (2016). Documento sobre envejecimiento y vulnerabilidad. Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Bioderecho. <http://hdl.handle.net/2445/104122>
- Centro de Documentación y Estudios SIIS. (2018). Experiencias de alojamiento intergeneracional: revisión de literatura y selección de Buenas Prácticas. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CBD994C7-8111-4664-AFE5-B2A39C012F09/433634/Experienciasalojamientointergeneracional.pdf>
- Centro Latinoamericano Caribeño de Demografía [CELADE] (2020). Vulnerabilidades sociodemográficas de las personas mayores frente al COVID-19. Boletín Envejecimiento y Desarrollo N°18. <https://www.cepal.org/es/enfoques/vulnerabilidades-sociodemograficas-personas-mayores-frente-al-covid-19>
- Cole, A. (12/11/18). Children in care homes: 'It makes residents feel more human'. *The Guardian*. [https://www.theguardian.com/society/2018/nov/12/children-care-homes-residents-feel-more-human?fbclid=IwAR0BTUejGDzOwQXP5FUII13-Kz\\_BU-oYp0hqjFIIPX69L4N3P0r-5tDc4IY](https://www.theguardian.com/society/2018/nov/12/children-care-homes-residents-feel-more-human?fbclid=IwAR0BTUejGDzOwQXP5FUII13-Kz_BU-oYp0hqjFIIPX69L4N3P0r-5tDc4IY)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2002). Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos retos para comunidades, hogares y personas.

Síntesis y conclusiones.

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13019/S022114\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13019/S022114_es.pdf)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2017). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía* (LC/CRE.4/3).

<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/41471>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2020). *Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19. Informes COVID-19*. <http://hdl.handle.net/11362/46487>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2022). *Envejecimiento en América latina y el Caribe*. LC/CRE.5/3.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>

Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH]. (2019). Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas mayores en México.

[https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-02/INFORME\\_PERSONAS\\_MAYORES\\_19.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-02/INFORME_PERSONAS_MAYORES_19.pdf)

Comité Nacional de Atención al Envejecimiento [CONAEN]. DOF: 12/08/1999. En línea. En

[http://diariooficial.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4952357&fecha=12/08/1999](http://diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4952357&fecha=12/08/1999)

Consejo Nacional de Evaluación de las Políticas de Desarrollo Social [CONEVAL]. Glosario de la medición de la pobreza.

<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Glosario.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de las Políticas de Desarrollo Social [CONEVAL]. Funciones.

<https://www.coneval.org.mx/quienessomos/Conocenos/Paginas/Funciones.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de Políticas de Desarrollo Social [CONEVAL]. (s.f.). Pobreza y personas mayores en México.

[https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza\\_Personas\\_Mayores.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_Personas_Mayores.aspx)

Consejo Nacional de Evaluación de Políticas de Desarrollo Social [CONEVAL]. (s.f.-c). *Medición de la pobreza: el CONEVAL presenta información referente a la pobreza laboral al segundo trimestre del 2021*.

[https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/ITLPLIS\\_resultados\\_a\\_nivel\\_nacional.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/ITLPLIS_resultados_a_nivel_nacional.aspx)

Consejo Nacional de Evaluación de las Políticas de Desarrollo Social [CONEVAL]. (2018). Evaluación estratégica de protección social en México: segunda edición.

<https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Evaluacion-estrategica-de-proteccion-social-segunda-edicion.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de las Políticas de Desarrollo Social [CONEVAL]. (s.f.). *Ficha de monitoreo 2020-2021. Pensión para el bienestar de las personas adultas mayores.*

[https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE\\_2020\\_2021/FMyE\\_20\\_S176.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Documents/EVALUACIONES/FMyE_2020_2021/FMyE_20_S176.pdf)

Consejo Nacional de Población [CONAPO]. *Indicadores demográficos de México de 1950 al 2050.* Consultado el 20 de marzo de 2022.

[http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa\\_Ind\\_Dem18/index\\_2.html](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index_2.html)

Cortina, A. y Martínez, E. (2001). *Ética.* Akal.

Cuhna, T. y Garrafa, V. (2016). Vulnerability: A Key Principle for Global Bioethics? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 25(2), 197-208.

Doi:10.1017/S096318011500050X

De los Ríos, I. (2016). *Grecia o el azar: divinidad, suerte y destino en la literatura griega antigua.* Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile.

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zUFYDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=Tiqu%C3%A9+destino+y+fortuna&ots=lpC6yDhfNt&sig=QxTXMKBXR9f1RtjpVgIVPN8PoHU#v=onepage&q=Tiqu%C3%A9%20destino%20y%20fortuna&f=false>

De Mauleón, H., 27/01/21, Los olvidados, *El Universal.*

<https://www.eluniversal.com.mx/opinion/hector-de-mauleon/los-abandonados>

De Paula, L. (24/05/21). La otra pandemia. Sociedad global y soledad institucionalizada. *Empoli.*

<https://www.enpoli.com.mx/centro-educativo-para-la-creacion-autonoma-de-practicas-filosoficas/la-otra-pandemia-sociedad-global-y-soledad-institucionalizada/?fbclid=IwAR2LbdrR5bSjUmzs7oQfIEYp2X-np2i5xN2XY5SVBRLuiLI7QqnZ1cwl1Fk>

Del Popolo, F. (2001). Los problemas en la declaración de la edad de la población adulta mayor en los censos. CEPAL. <https://hdl.handle.net/11362/12705>

Dieterlen, P. (1996). *Ética y poder público.* En Guariglia, O. (editor). *Cuestiones morales.* Enciclopedia iberoamericana de filosofía. Consejo Superior de Investigaciones científicas. (pp. 131-144) Trota.

Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) (2011). *Resultados sobre personas adultas mayores 2010.*

<https://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-PAM-Accss.pdf>

- Encuesta Nacional sobre Discriminación en México ENADIS (2020). Resultados sobre personas adultas mayores 2017.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/615376/ENADIS\\_Resultados\\_PM\\_web\\_Ax.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/615376/ENADIS_Resultados_PM_web_Ax.pdf)
- Elder, C. y Cobb, R. (1993). Formación de la agenda: el caso de la política de los ancianos en Aguilar, L. (Ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 77-104). Porrúa.
- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (2019). *Envejecimiento en México: Obesidad*. (19-1, julio de 2019)  
[https://enasem.org/MHAS\\_AgingInMexico.pdf](https://enasem.org/MHAS_AgingInMexico.pdf)
- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (2020a). *Envejecimiento en México: Fragilidad*. (20-1, abril 2020)  
[http://www.enasem.org/Index\\_Esp.aspx](http://www.enasem.org/Index_Esp.aspx)
- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (2020b). *Envejecimiento en México: Discapacidad* (20-1, Abril 2020)  
[https://enasem.org/MHAS\\_AgingInMexico.pdf](https://enasem.org/MHAS_AgingInMexico.pdf)
- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (2020c). *Envejecimiento en México: Los adultos más vulnerables*. (20-2, mayo 2020).  
[https://enasem.org/images/ENASEM-20-2-Aging\\_In\\_Mexico\\_AdutosMasVulnerables\\_2020.pdf](https://enasem.org/images/ENASEM-20-2-Aging_In_Mexico_AdutosMasVulnerables_2020.pdf)
- Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (2021).  
[https://enasem.org/Home/Index\\_Esp.aspx](https://enasem.org/Home/Index_Esp.aspx)
- Fajardo, O. y Olivares, R. (s.f.). *Viejismo en el ambiente cotidiano*.  
[http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod\\_resource/content/355/Archivos/C\\_Promocion/Unidad\\_1/Lecturas\\_Complementarias/Viejismo%20en%20el%20ambiente%20cotidiano.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_1/Lecturas_Complementarias/Viejismo%20en%20el%20ambiente%20cotidiano.pdf)
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad Anales del sistema sanitario de Navarra, (30)3, 7-22.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2516272>
- Fernandez, R. (2004). La psicología de la vejez. Encuentros Multidisciplinares.  
[https://www.researchgate.net/publication/28085303\\_La\\_psicologia\\_de\\_la\\_vejez](https://www.researchgate.net/publication/28085303_La_psicologia_de_la_vejez)
- Food and Drug Administration [FDA]. 2021. La FDA autoriza vacuna contra el COVID-19 de Pfizer BioNTech para uso de emergencia en niños de 5 a 11 años de edad. (29/10/21).  
<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/la-fda-autoriza-vacuna-contra-el-covid-19-de-pfizer-biontech-para-uso-de-emergencia-en-ninos-de-5-11>

- Food and Drug Administration [FDA]. 2022. Actualización sobre el coronavirus (COVID-19): La FDA autoriza las vacunas contra el COVID-19 de Moderna y Pfizer-BioNTech para niños a partir de los seis meses de edad. (17/06/22). <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/actualizacion-sobre-el-coronavirus-covid-19-la-fda-autoriza-las-vacunas-contra-el-covid-19-de>
- Gámez, Leonel. (2012). El concepto de vida y muerte en la religión yoruba. *Vita Brevis*, 1(2), pp. 48-86. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/vitabrevis/article/download/3214/3097>
- Garay, S. y Avalos, R. (2009). Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Kairós*, 12(1), pp. 39-58. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2779/1814>
- García, J. (2003). Bioética y personas mayores. Portal Mayores, Informe Portal Mayores n°4. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>
- Gimberg, L. (5/06/2018). ¡Una guardería para ancianos... y niños! *RFI*. <https://www.rfi.fr/es/228ódigo228/20180605-cuando-dos-generaciones-conversan>
- Gobierno de México. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. DOF 12/07/2019. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019)
- Gobierno de México. (2020<sup>a</sup>). *Guía ética para la transformación de México*. <https://www.gob.mx/presidencia/documentos/228ódi-etica-para-la-transformacion-de-mexico>
- Gobierno de México. (2020b) Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2, para la prevención de la COVID-19. Documento rector. Versión 4.0. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx\\_COVID\\_-11Ene2021.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf)
- Gobierno de México (2020c). Recomendaciones para cuidar la salud mental de Adultos mayores durante la pandemia COVID-19. [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/SaludMental\\_AdultosMayores.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/06/SaludMental_AdultosMayores.pdf)
- Gobierno de México. (2021). Firman Inapam y Walmart convenio para reincorporación de las y los empacadores voluntarios. (02/08/21). <https://www.gob.mx/inapam/prensa/firman-inapam-y-walmart-convenio-para-reincorporacion-de-las-y-los-empacadores-voluntarios?idiom=es>
- Gobierno de México. (2022). Vacunación para adolescentes. Mi vacuna. (salud.gob.mx)
- Gobierno de México (s.f). Instituto Nacional para el Bienestar ¿Qué hacemos? Instituto de Salud para el Bienestar | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx)

- Gómez, H. Carga de la enfermedad. (s.f.). Síntesis sobre políticas de salud. Instituto Nacional de Salud Pública.  
[https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS\\_Carga\\_Enfermedad.pdf](https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Carga_Enfermedad.pdf)
- Gracia, D. (2014). Ética y política. *Eidon: revista de la fundación de ciencias de la salud*, (41), 83-108.  
DOI: 10.13184/eidon.41.2014.83-108
- Grupo interinstitucional para la estimación del exceso de mortalidad por todas las causas. (2021). Boletín estadístico sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la emergencia por COVID-19 (Informe N° 10).  
[https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Boleti%CC%81n\\_X\\_Exceso\\_Mortalidad\\_SE53\\_MX\\_15\\_Feb2021.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Boleti%CC%81n_X_Exceso_Mortalidad_SE53_MX_15_Feb2021.pdf)
- Guía bioética de Asignación de Recursos de Medicina Crítica. Versión del 10 de abril 2020.
- Guibilini, A., Savulescu, J y Wilkison, D. (2020). Covid-19 vaccine: vaccine the young to protect the old? *Oxford University Press*, 7(1), 1-13.  
<https://doi.org/10.1093/jlb/ljaa050>
- Guisan, Esperanza. (1986). Ética y política en Hobbes. *Revista de Estudios Políticos (Nueva Época)* Núm. 50. Marzo-Abril.  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/26890.pdf>.
- Gutiérrez, L., Agudelo, M., Giraldo, L. y Medina, R. (Ed.). (2016). *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México*. Instituto Nacional de Geriatria.
- Gutiérrez, L. y Giraldo, L. (coords). (2015). Encuesta Nacional de Envejecimiento. Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales, Área de Investigación Aplicada y Opinión, IJ-UNAM.
- Ham, R. (1996), Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México.  
[http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1996/num\\_6/ENVEJECI386.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1996/num_6/ENVEJECI386.pdf)
- Ham, R. y Ramírez, B. (2016). Seguridad económica y vejez en México. *Revista Latinoamericana de Población*, 10(19),169-190.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32384959500>
- Hernández, H. (2020). Mortalidad por COVID-19 en México: notas preliminares para un perfil sociodemográfico. Notas de coyuntura del CRIM. Universidad Nacional Autónoma de México.  
<http://doi.org/10.22201/crim.001r.2020.36>

- Homeshare International. (2022). <https://homeshare.org/>
- Huenchuan, S. (editora). (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. Naciones Unidas. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435_es.pdf)
- Indigo Staff (2019). Gobierno de AMLO propone pagar a abuelos que cuiden niños en lugar de estancias infantiles. (6/02/2019). Reporte Índigo. <https://www.reporteindigo.com/reporte/gobierno-de-amlo-propone-pagar-a-abuelos-que-cuiden-ninos-en-lugar-de-estancias-infantiles/>
- Indigo Staff. (2021). Adultos mayores no volverán a Walmart México porque clientes no quieren que toquen sus compras. (21/06/21). Reporte Índigo. <https://www.reporteindigo.com/indigonomics/adultos-mayores-no-volveran-a-walmart-mexico-porque-clientes-no-quieren-que-toquen-sus-compras/>
- Institute for Global Health Sciences [UCSF] (2021). La respuesta de México al COVID-19: Estudio de caso. Universidad de California.* [https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la\\_respuesta\\_de\\_mexico\\_al\\_covid\\_esp.pdf](https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf)
- Instituto Nacional de Administración Pública, A. C. [INAP]. (2002). Administración pública en función de: estado, gobierno y sociedad. En Enríquez, E. (230édigo.) *Administración de recursos materiales en el sector público*. <http://ru.juridicas.unam.mx:80/xmlui/handle/123456789/10372>
- Instituto Nacional de Desarrollo Social (2021). Ley de Asistencia Social. DOF 20/05/2021. <https://www.gob.mx/indesol/documentos/ley-de-asistencia-social>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2012). Mujeres y hombres en México 2011. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101193.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101193.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2020<sup>a</sup>). Características de las defunciones registradas en México durante 2019. (Núm. 480/2). <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6015>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2020b). Estadística de defunciones registradas 2020 (Nota técnica). [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020\\_Pre\\_07.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2020c). Estadística de defunciones registradas 2021 (Nota técnica). [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/defunciones\\_registradas\\_2020\\_nota\\_tecnica.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/mortalidad/doc/defunciones_registradas_2020_nota_tecnica.pdf)



- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021). Población.  
<https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021b) “Censo General de la República Mexicana 1895”. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1895/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021b) “Censo de Población y Vivienda 2020”. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2022). Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2021 (Núm. 24/22).
- Instituto Nacional de Geriatria. (2017). Envejecimiento. (13/11/2017).  
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>
- Instituto Nacional de Geriatria. (2022). Qué hacemos. (20/03/2022)  
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/que-hacemos.html>
- Instituto Nacional de Geriatria. (11/03/2022). Tipos de edades [Imagen]. Facebook.  
[https://scontent.fpbc1-2.fna.fbcdn.net/v/t39.30808-6/275694095\\_5629637480399066\\_253818726819242010\\_n.jpg?\\_nc\\_cat=110&cb=1-5&\\_nc\\_sid=8bfeb9&\\_nc\\_eui2=AeH6uNVlev-jwQKAFD1o5kMOOPoPxOdTJ3A4-g\\_E51MncAL4s8zkSLKmRlpEQ71IYSAkezkcKzZ3h3hEzN9MW5xc&\\_nc\\_ohc=79U8v6nP370AX-fNesl&\\_nc\\_ht=scontent.fpbc1-2.fna&oh=00\\_AT-HeIEitNTFrXZ58Ucvp0qkORAow5f5SaaB54\\_FXFnw9Q&oe=623C33BA](https://scontent.fpbc1-2.fna.fbcdn.net/v/t39.30808-6/275694095_5629637480399066_253818726819242010_n.jpg?_nc_cat=110&cb=1-5&_nc_sid=8bfeb9&_nc_eui2=AeH6uNVlev-jwQKAFD1o5kMOOPoPxOdTJ3A4-g_E51MncAL4s8zkSLKmRlpEQ71IYSAkezkcKzZ3h3hEzN9MW5xc&_nc_ohc=79U8v6nP370AX-fNesl&_nc_ht=scontent.fpbc1-2.fna&oh=00_AT-HeIEitNTFrXZ58Ucvp0qkORAow5f5SaaB54_FXFnw9Q&oe=623C33BA)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2010). *Por una cultura del envejecimiento*. México.  
[http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos\\_Inicio/Cultura\\_del\\_Envejecimiento.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2018). Ciudades amigables con las personas mayores, ¿cómo son? (6/11/2018).  
<https://www.gob.mx/inapam/prensa/ciudades-amigables-con-las-personas-mayores-como-son?idiom=es>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (12 de marzo de 2020). Clínica de la memoria.  
<https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/clinica-de-la-memoria>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (28 de enero de 2022). Centros Culturales INAPAM.  
<https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/centros-culturales-inapam>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. Qué hacemos. En línea.

<https://www.gob.mx/inapam/que-hacemos>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2018). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018. Nueva serie.  
<https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2019). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1º de octubre): datos nacionales* (Comunicado de prensa núm. 475/19).  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad209\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad209_Nal.pdf)

Jimenez, C. (09/02/21) Ancianos sin internet y hasta sin CURP, registro para vacuna Covid desnuda la desigualdad en Oaxaca. *El Universal Oaxaca*.  
<https://oaxaca.eluniversal.com.mx/estatal/ancianos-sin-internet-y-hasta-sin-curp-registro-para-vacuna-covid-desnuda-la-desigualdad-en>

Johns Hopkins University. (2022). COVID-19 Dashboard (3/18/2022).  
<https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Mendoza, V. y Martínez, M. (2013). Modelo de envejecimiento activo para el diseño integral gerontológico. En Gutiérrez, L. y Kershenovich, D. (coordinadores). *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. (3ra edición). UNAM, Coordinación de la Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México: Academia Mexicana de Cirugía; Instituto Nacional de Geriatria. México.  
<http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/GERIATRIAenvysaludweb.pd>

Laureles, J. “¡Walmart, queremos trabajar!”: ancianos afuera de Palacio Nacional. (16/06/21). La Jornada.  
<https://www.jornada.com.mx/notas/2021/06/16/politica/walmart-queremos-trabajar-ancianos-afuera-de-palacio-nacional/>

Li, J., Cárdenas, G., Espinosa, L. y Serrano, C. (2021). *Anuario de Migración y Remesas México 2021*. Consejo Nacional de Población, Fundación BBVA y BBVA Research.  
<https://www.bbvaesearch.com/publicaciones/anuario-de-migracion-y-remesas-mexico-2021/?cid=eml:oem:oth:---49359--::lnkpubl:::20210714::oth:instant:>

León, E. y Castro, R. (12/01/23). ¿Ser beneficiario de programas sociales influye en el comportamiento electoral de los votantes? *Nexos*.  
<https://datos.nexos.com.mx/ser-beneficiario-de-programas-sociales-influye-en-el-comportamiento-electoral-de-los-votantes/>

Ley de los derechos de las personas adultas mayores. DOF 20/05/2021.  
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/ldpam.htm>

- Lolas, F. Bioética y antropología médica. Santiago. Chile: Editorial Mediterráneo, 2000.
- Lolas, F. (2012). Vejez y envejecimiento: la solidaridad como principio bioético. *Revista Anales*, (3) 129-135.  
<https://anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/download/21732/23042>
- López, M. y Gutiérrez, L. (2015). Percepciones y valores en torno a los cuidados de las personas adultas mayores en Gutiérrez, L. y Giraldo, L. (coords). *Encuesta Nacional de Envejecimiento. Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales* (pp. 113-133) Área de Investigación Aplicada y Opinión, IIJ-UNAM
- Lugo, E. (2020). Adultos mayores durante la pandemia de Covid-19 en México. (6/08/2020). *El Economista*.  
<https://www.economista.com.mx/arteseideas/Adultos-mayores-durante-la-pandemia-de-Covid-19-en-Mexico-20200806-0047.html>
- Luna, F. (2008). Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, IV(1), 60-67.
- Luna, F. (2011). Vulnerabilidad: un concepto muy útil. Abandonando los “corsets teóricos”:  
 Respuesta a “Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?” *Revista Redbioética/UNESCO*. Año 2, 1(3), 85-90.  
<https://redbioetica.com.ar/revista-redbioetica-unesco-no-3/>
- Luna, F. (2015). Repensando políticas públicas desde la noción de capas de vulnerabilidad: el caso de las personas mayores. *Bioethics Update*. (1)1, 54-73.  
 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bioet.2015.10.003>
- Luna, F. (2021). De por qué un buen análisis teórico puede ser relevante. ¿cómo entender el concepto de vulnerabilidad en tiempos de COVID? En Medina Arellano, María de Jesús Ortiz Millán, Gustavo. Coordinadores. *Covid-19 y bioética*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Doctrina Jurídica, Núm. 924. Covid-19 y bioética (unam.mx)
- Manzano, F. y Russo, G. (2019). La población longeva en los países de América Latina. *Cardinalis*, 7(12) <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cardi/article/view/24942>
- Martínez, E. (2020) Ética de la vulnerabilidad en tiempos de pandemia. *VERITAS*, (46) 77-96.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732020000200077>
- Martucelli, D. (2017). Semánticas históricas de la vulnerabilidad. *Revista de Estudios Sociales* (59)  
<http://journals.openedition.org/revestudsoc/581>

- Méndez, E. (2021). Lanza INAPAM nuevo llamado a Walmart para permitir a adultos mayores ser empacadores. (30/06/21). *Excelsior*.  
<https://www.excelsior.com.mx/nacional/lanza-inapam-nuevo-llamado-a-walmart-para-permitir-a-adultos-mayores-ser-empacadores>
- Nagel, T. (2004). La posibilidad del altruismo (primera edición en español). FCE.
- Noguerón, P. (2016). Reflexiones sobre Nación-Estado, Poder y Gobierno. *Cultura Jurídica* (1), 43-53. <http://ru.juridicas.unam.mx:80/xmlui/handle/123456789/12941>
- Núñez, L. (s.f.). Toma tu voto: Los beneficiarios de los programas sociales y el gobierno. *Mexicanos contra la corrupción y la impunidad*.  
<https://contralacorrupcion.mx/encuesta-mcci-reforma-2022/como-vivimos-mexicanas-y-mexicanos-la-corrupcion/toma-tu-voto-los-beneficiarios-de-los-programas-sociales-y-el-gobierno>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2020). La CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos de las personas mayores frente a la pandemia del COVID-19. <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/088.asp>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2000). *Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación* [Folleto]. WHO/NMH/HPS/00.2  
[https://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc\\_lifecourse\\_training\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_es.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Documentos básicos 48° edición. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. [OMS] (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11. MGZA. Versión 05/2021. [consultado en octubre de 2021].  
<https://icd.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Pandemic fatigue: reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy framework for supporting pandemic prevention and management: revised version November 2020 (WHO/EURO:2020-1573-41324-56242)  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337574>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). Demencia. (27/01/2021).  
<https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/dementia>

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021b). Informe mundial sobre el edadismo: resumen. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020504>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2005). *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*. [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. Consultado el 24 de febrero de 2022. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Orrego, C. (2020). Filosofía: conceptos fundamentales. Una nueva introducción al pensamiento crítico. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Serie Doctrina Jurídica, núm. 902. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/6166-filosofia-conceptos-fundamentales-una-nueva-introduccion-al-pensamiento-critico>
- Osorio, O. (2017). Vulnerabilidad y vejez: implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. *Intersticios sociales*, (13). [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-49642017000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642017000100003&lng=es&tlng=es).
- Palacio, L., Wheatley, J., Ordóñez, I., López, R., López, H., Hernández, M. y Hernández, J. (2021). Estimación del exceso de mortalidad por todas las causas durante la pandemia del Covid-19 en México. *Salud Publica Mex*, 63(2), 211-224. <https://doi.org/10.21149/12225>
- Pantoja, S. (10/03/21). Vacunación en Azcapotzalco: persisten adultos mayores sin comprobante de domicilio o de otros municipios. *Proceso*. <https://www.proceso.com.mx/nacional/2021/3/10/vacunacion-en-azcapotzalco-persisten-adultos-mayores-sin-comprobante-de-domicilio-de-otros-municipios-259808.html>
- Pérez, F. y Macias, A. (20/04/21). Pensión universal para adultos mayores: una revisión necesaria. *Centro de Investigación Económica y Presupuestaria*. <https://ciep.mx/gTov>
- El Periódico. (29/07/21). ¿En qué países es obligatoria la vacuna contra el covid-19? *El Periódico*. <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20210729/paises-obligatoria-vacuna-covid-19-11903169>
- Presidencia de la República (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2013. <https://paot.org.mx/centro/programas/federal/07/pnd07-12.pdf>

Presidencia de la República (2019<sup>a</sup>). Versión estenográfica. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 7 de febrero de 2019.  
<https://www.gob.mx/presidencia/prensa/conferencia-de-prensa-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-7-de-febrero-de-2019?idiom=en>

Presidencia de la República (2019b). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. DOF 12/07/2019.  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019)

Presidencia de la República (2020). Versión estenográfica. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 26 de noviembre de 2020.  
<https://www.gob.mx/presidencia/236ódigo236236s/236ódigo236-estenografica-conferencia-de-prensa-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-del-26-de-noviembre-de-2020?idiom=es>

Presidencia de la república. (2021<sup>a</sup>). Versión estenográfica. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 24 de junio del 2021.  
<https://www.gob.mx/presidencia/es/236ódigo236236s/236ódigo236-estenografica-conferencia-de-prensa-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-del-24-de-junio-de-2021?idiom=es>

Presidencia de la República. (2021b). Versión estenográfica. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 20 de julio de 2021.  
<https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-del-20-de-julio-de-2021?idiom=es>

Proceso de fragilización y discapacidad. Instituto Nacional de Geriátría, 2016, Open Publication License, v. 1.0 o posterior

Puyol, A. (2017). La idea de solidaridad en la ética de la salud pública. *Revista de Bioética y Derecho*, (40), 33-47. <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n40/1886-5887-bioetica-40-00033.pdf>

Ramírez, S. (22/06/20). En México el personal de salud muere seis veces más que en China por Covid-19. *Mexicanos contra la corrupción y la impunidad*.  
<https://contralacorrupcion.mx/contagios-medicos-covid-19/>

Razo, A. (2014). La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. *CONAMED*, 19, pp. 78-85.

Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [4/03/2022].

Reale, G. y Antiseri, D. (1988) Historia del pensamiento filosófico y científico. Vol. 1 Antigüedad y Edad Media. Herder

- Rice, C., Löckenhoff, C y Carstensen, L. (2002). En busca de independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 133-154. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534211>
- Rius, M. (2017). La vejez ya no empieza a los 65 años. (9/10/17). *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/vida/20171009/431912987812/edad-que-se-entra-en-vejez-paises-acelerado-envejecimiento.html>
- Rodríguez, S. (1998). *Diccionario etimológico griego-latín del Español*. (5ta edición). Esfinge.
- Roth, A. y Molina, G. (2008). Introducción. En Molina, G. y Cabrera, G. A. (Comps). Políticas públicas de salud: aproximación a un análisis (pp. 3-7). Colombia. Universidad de Antioquia.
- Ruelas, E. Gay, J. (2008). Políticas públicas, estructuras del Estado y defensa del derecho a la protección de la salud. *Salud Pública de México*, 50(3), 343-347. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000900011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000900011)
- Salazar, S. (2013). Fundamentación y estructura de los derechos sociales. *Revista de Derecho (Valdivia)*, 26(1), pp. 69-93. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502013000100004>
- Sánchez, A. (2013). Análisis de la Representación social del bienestar subjetivo en adultos mayores beneficiarios del programa 70 y Más: acciones desde la política social. *Perspectivas Sociales*, 15(2), pp. 129-150. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4707719>
- Sánchez, M. (18/08/20). La letalidad hospitalaria por covid-19 en México: desigualdades institucionales. *Nexos*. <https://datos.nexos.com.mx/la-letalidad-hospitalaria-por-covid-19-en-mexico-desigualdades-institucionales/>
- Save the Children México. (martes 25 de enero de 2022). Vacuna contra COVID-19: un derecho de la niñez. <https://www.savethechildren.mx/enterate/noticias/la-vacuna-contra-covid-19-es-un-derecho-de-las-nin>
- Secretaría de Bienestar (11 de febrero de 2019). Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores. <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/programa-para-el-bienestar-de-las-personas-adultas-mayores>
- Secretaría de Bienestar (2020). Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, para el ejercicio fiscal 2021, publicado el 22 de diciembre de 2020. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5623150](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5623150)

- Secretaría de Bienestar (2021). Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, para el ejercicio fiscal 2022, publicado el 30 de diciembre de 2021.  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5639752&fecha=30/12/2021](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639752&fecha=30/12/2021)
- Secretaría de Bienestar (19 de agosto de 2022). Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente.  
<https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/pension-para-el-bienestar-de-las-personas-con-discapacidad-permanente>
- Secretaría de Desarrollo Social. (DOF 25/06/2018).  
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgds.htm>
- Secretaría de Salud. (1999). Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento.  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a120899.html>
- Secretaría de Salud. (2001). Programa de Acción: Atención al Envejecimiento.  
[https://www.academia.edu/22234609/Programa\\_de\\_Acci%C3%B3n\\_Atenci%C3%B3n\\_al\\_Envejecimiento](https://www.academia.edu/22234609/Programa_de_Acci%C3%B3n_Atenci%C3%B3n_al_Envejecimiento)
- Secretaria de Salud. (2019). “Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de mayores de 65 años”. En Anuario de Morbilidad 1984-2020.
- Secretaria de Salud. (2019). “Casos nuevos de Violencia intrafamiliar (Y07.0-Y07.2) por grupos de edad”. En Anuario de Morbilidad 1984-2020.
- Secretaria de Salud. (2019). “Casos nuevos de Depresión (F32) por grupos de edad”. En Anuario de Morbilidad 1984-2020.
- Secretaria de Salud. (2020). “Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de mayores de 65 años”. En Anuario de Morbilidad 1984-2020.
- Secretaria de Salud. (2020). “Casos nuevos de Violencia intrafamiliar (Y07.0-Y07.2) por grupos de edad”. En Anuario de Morbilidad 1984-2020.
- Secretaria de Salud. (2020). “Casos nuevos de Depresión (F32) por grupos de edad”. En Anuario de Morbilidad 1984-2020.
- Secretaría de Salud. (9/05/22). COVID.19. Comunicado técnico.  
[https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/05/2022.05.09\\_CP\\_Salud\\_CTD\\_COVID-19.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/05/2022.05.09_CP_Salud_CTD_COVID-19.pdf)
- Secretaría de Salud. Ley General de Salud. (DOF 16/03/2022).  
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>



- Semanario Judicial de la Federación. Tesis Aislada: I.13o.T.116 L (10a.)  
<https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/2008623>
- Semanario Judicial de la Federación. Tesis: 2a./J. 132/2009.  
<https://sjf2.scjn.gob.mx/detalle/tesis/166338>
- Senado de la República. (11/10/2018). Gaceta del Senado: proposiciones. LXIV/1PPO-25/84334. En  
[https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/84334](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/84334)
- Solbakk, J. (2011). Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(3), 89-101.  
<https://redbioetica.com.ar/revista-redbioetica-unesco-no-3/>
- Stemtoe, A., Deaton, A. y Sotone, A. (2014). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet* 6, 1-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Tarasco, M. (2015). Vulnerabilidad: consideraciones sobre la utilización pertinente del término en Bioética. *Medicina y Ética*, 26(1), 99-112.  
<https://publicaciones.anahuac.mx/bioetica/issue/view/83/Medicina%20y%20Etica%20Vol.%20XXVI%20No.%201>
- Trejo, C. (s.f.) El viejo en la historia.  
<https://www.gerontologia.uchile.cl/docs/viejo.htm#ref>
- Tzuc, E., Martorell, D. y Cárdenas, A. Revela 911 tres veces más muertes extrahospitalarias por Covid-19 en la CDMX (16/06/2020). *Quinto Elemento Lab*.  
<https://quintoelab.org/project/911-muertes-llamadas-covid-coronavirus-mexico-cuatro-veces-mas>
- Urzúa, C. Las pensiones y la aritmética cuatroteísta. (5/04/21). *El Universal*.  
<https://www.eluniversal.com.mx/opinion/carlos-m-urzua/las-pensiones-y-la-aritmetica-cuatroteista>
- Vargas, G. (2021). La guía ética para la transformación de México en Hurtado, G. y Torres, J. (coords). *Ensayos filosóficos sobre la Cuarta Transformación en México* (pp. 11-21). Torres Asociados.  
[http://dcsh.izt.uam.mx/cen\\_doc/cefilibe/images/Actividades/2021/Ensayos\\_4T.pdf](http://dcsh.izt.uam.mx/cen_doc/cefilibe/images/Actividades/2021/Ensayos_4T.pdf)
- Vélez, D., Vélez, M., Rodríguez, J. Rodríguez, O., Fernández, J., Díaz, J., Lechuga, J. y Canizalez, Y. (2018). La consolidación de los registros y estadísticas delictivas en México: El caso del Instrumento para el Registro Clasificación y Reporte de los Delitos y las Víctimas CNSP/38/15. Observatorio Nacional Ciudadano de Seguridad, Justicia y Legalidad. <https://onc.org.mx/publicaciones>

- Villa, I. y Martínez, V. (2022). La vulnerabilidad en los adultos mayores durante la pandemia por Covid-19 en Yolanda, A., González, N. y Huizar, A. (coords). *Aproximaciones multidisciplinarias en el estudio de la salud*. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario del Norte.  
<http://www.cunorte.udg.mx/investigacion/publicaciones/aproximaciones-multidisciplinarias-en-el-estudio-de-la-salud-medicina>
- Vivaldo, M. y Martínez, M. (2012). La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectiva en Gutiérrez, L., Kershenobich, D. (coordinadores). *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (pp. 27-41). Academia Nacional de Medicina de México.

## Apéndice

Tablas comparativas de la identificación de vulnerabilidad desde la propuesta de investigación que también integra la propuesta de capas de Florencia Luna (2015).

**Tabla 16**

*Identificación del escenario de vulnerabilidades sociodemográficas en el tercer nivel de análisis y las capas de vulnerabilidad*

<b>Amenaza</b>	<b>Riesgo</b>	<b>Vulnerabilidad</b>	<b>Capa de vulnerabilidad</b>
Pobreza	Falta de seguro social	Desigualdad	Social Económica Vincular Cultural
	Falta de seguridad alimentaria		
	Falta de seguro de salud		
	Falta de pensión con un monto mínimo digno		
	Dependencia económica		
Limitaciones o discapacidades	Dificultad de abastecimiento, cuidados, información y comunicación	Aislamiento, exclusión social y reforzamiento del riesgo de caídas	Cognitiva Asociada a la pérdida de la autonomía física Cultural Económica
	Falta de infraestructura para facilitar la movilidad dentro y fuera de casa		
Merma de la inclusión social y actividad económica voluntaria	Necesidad económica	Aislamiento, exclusión social y reforzamiento del sentimiento de abandono	Económica Jurídica Social Cultural Vincular
	Cierre de espacios de convivencia		
	Fatiga social		

**Tabla 17**

*Identificación del escenario de vulnerabilidades en la salud-enfermedad en el tercer nivel de análisis y las capas de vulnerabilidad*

<b>Amenaza</b>	<b>Riesgo</b>	<b>Vulnerabilidad</b>	<b>Capa de vulnerabilidad</b>
Falta de acceso a los servicios de salud	Mayor probabilidad de enfermedades crónicas	Fragilidad, discapacidad y muerte	Económica Social Emocional Cognitiva Asociada a la pérdida de la autonomía física
	Falta de diagnósticos médicos oportunos		
	Alta prevalencia de sobrepeso y obesidad		
	Discapacidad y limitaciones sin atención médica y estructural		
La pandemia por COVID-19	Incidencia de sentimientos de soledad, depresión y abandono.	Fragilidad, discapacidad y muerte	Jurídica Social Vincular Emocional Cognitiva Asociada a la pérdida de autonomía física
	3ra causa de muerte		
	Mayor incidencia de violencia intrafamiliar		
	Limitaciones o discapacidades que hacen más fácil el contagio (correcto lavado de manos, necesidad del contacto físico para desplazarse)		
La vejez como "síntoma anormal general"	Mayor incidencia de ingesta de alimentos y menor actividad física	Fatiga pandémica	Cultural Jurídica Social
	Mayor incidencia de incertidumbre, ansiedad, tristeza y depresión		
	Controversia social y política		
	Controversia gerontológica	Pendiente resbaladiza hacia la discriminación en el área de la salud, social y jurídica	

**Tabla 18**

*Identificación de posibles escenarios de vulnerabilidades en la perspectiva jurídica y las capas de vulnerabilidad*

<b>Amenaza</b>	<b>Riesgos</b>	<b>Vulnerabilidad jurídica</b>	<b>Capa de vulnerabilidad</b>
Soledad, abandono, discriminación, maltrato, desamparo, marginación	Deficiente intervención de las procuradurías y fiscalías	Injusticia Anulación o menoscabo de la dignidad	Económica Jurídica Social Cultural Vincular Emocional Asociada a la pérdida de la autonomía física
	Pobreza	Desigualdad	
	Estereotipos	Violencia, muerte	
No lograr garantizar los derechos a la salud y los derechos sociales	Inadecuadas políticas públicas	Desigualdad	

**Tabla 19**

*Identificación de posibles escenarios de vulnerabilidades en el contexto cultural y las capas de vulnerabilidad*

<b>Amenazas</b>	<b>Riesgos</b>	<b>Vulnerabilidades</b>	<b>Capas de vulnerabilidad</b>
Edadismo	Estereotipos	Paternalismo	Jurídica Social Económica Cultural Vincular Emocional Cognitiva Asociada a la pérdida de la autonomía física
	No formular políticas públicas eficaces	Injusticia	
	No adoptar medidas hacia el envejecimiento saludable	Discriminación	
Atomismo intergeneracional	Delegar el cuidado	Falta de solidaridad	
	Cantidad de integrantes de la familia que tienen que trabajar		
Responsabilidad del cuidado del adulto mayor	Delegar el autocuidado	Irresponsabilidad	
	Delegar el cuidado familiar (intergeneracional)	Trato indigno	
	Distancia geográfica	Inequidad al acceso a los servicios de salud	
	Incremento de la cantidad de años de cuidado		
	Especialidad de los cuidados		