



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

**DISEÑO DE UN ESQUEMA DE OFERTA DE
SERVICIOS PARA LA PROTECCIÓN
SOCIAL A LA SALUD DE LOS
ADULTOS MAYORES
MEXICANOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

A C T U A R I O

P R E S E N T A

JORGE DAVID AGUIRRE PEREZ



TUTOR DE TESIS
ACT. JOSÉ FABIÁN GONZÁLEZ FLORES

2009



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.

1. Datos del alumno

Aguirre

Pérez

Jorge David

55566837

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias

Actuaría

09901483-6

2. Datos del tutor

Actuario

José Fabián

González

Flores

3. Datos del sinodal 1

Maestra en Administración Pública

María del Pilar

Alonso

Reyes

4. Datos del sinodal 2

Actuario

Fernando Alonso

Pérez Tejada

López

5. Datos del sinodal 3

Actuario

José Guadalupe

Vázquez

Vázquez

6. Datos del sinodal 4

Actuaría

Silvia Leticia

Malpica

Flores

7. Datos del trabajo escrito

Diseño de un Esquema de Oferta de Servicios para la Protección Social a la Salud de los Adultos Mayores Mexicanos.

93 páginas

AGRADECIMIENTOS

Antes que a nadie quiero agradecer a mi madre que me ha apoyado en todo incansablemente aun cuando no haya estado de acuerdo con algunas de mis decisiones. Por la educación que me dio y me hizo ser libre con la única restricción que yo mismo me ponga. Gracias a ella soy la persona que soy.

A mi asesor de tesis Fabián González por su guía, comprensión y paciencia, sus consejos, su apoyo en los momentos difíciles durante el desarrollo de este trabajo.

A mis sinodales cuyos consejos dieron el terminado final a la tesis.

A mis abuelas Trinidad Gómez y Lina Pérez por haber inspirado el tema de mi tesis, las recuerdo con cariño.

Gracias a mi hermana Luci Aguirre por nunca haber perdido la fe en mí, incluso cuando yo lo había hecho.

Gracias a Isabel Gutiérrez por todos sus consejos, su apoyo y por estar conmigo durante todo este tiempo.

Gracias a Viridiana Uribe por haberme facilitado material y a Araceli Manzano por haber ofrecido ayuda incondicional.

Al Equipo Harlem por la amistad que día a día se hace eterna. Gracias Silverio Amandi, Fausto Cárcamo, Héctor Ceja, Ismael Chavando, Damián Félix, Jeny González, Nadia Sánchez, Miguel Ángel Rodríguez, Viridiana Uribe, Jonathan Valdés, David Vilchis,

A la Universidad Nacional Autónoma de México que me ha dado una familia, educación, amistad y amor.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE GRÁFICAS	6
ÍNDICE DE CUADROS	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LAS TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES MEXICANOS.	12
1.1	Introducción..... 12
1.2	Diagnóstico epidemiológico de los adultos mayores mexicanos 13
1.2.1	Transición Epidemiológica..... 13
1.2.2	Perfil de vida del adulto mayor 14
1.2.3	Epidemiología prevaleciente en los adultos mayores..... 16
1.2.4	Análisis de las principales enfermedades relacionadas con el envejecimiento 17
1.2.5	Mortalidad general y por causas en la población de adultos mayores..... 18
1.2.6	Consecuencias no letales en enfermedades en edades avanzadas 20
1.2.7	Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores 25
1.3	Diagnóstico demográfico de los adultos mayores mexicanos 25
1.3.1	Transición demográfica y envejecimiento poblacional 26
1.3.2	Envejecimiento de la población..... 28
1.3.3	Evolución de las tasas de natalidad, mortalidad y de esperanza de vida..... 30
1.3.4	Transformaciones de la mortalidad en adultos mayores 32
1.3.5	Riesgo de discapacidad en adultos mayores..... 33
1.3.6	Incrementos porcentuales y absolutos de la población en edades avanzadas... 35
1.3.7	Perspectivas para el corto, mediano y el largo plazo..... 37
1.3.8	Proyecciones de la estructura de la población 38
CAPÍTULO II. EL ENTORNO SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES MEXICANOS.	40
2.1	Introducción..... 40
2.2	El entorno social de los adultos mayores mexicanos 40
2.2.1	Estilos de vida del adulto mayor 40
2.2.2	Distribución de adultos mayores por actividad económica 42
2.2.3	Distribución de adultos mayores por nivel educativo 43
2.2.4	Distribución de adultos mayores por ingreso y condición de Trabajo 45
2.2.5	El adulto mayor y la familia 48
2.2.6	El cuidador informal..... 53
2.3	Políticas Públicas de protección social relacionas con el envejecimiento..... 55

2.3.1	Programas asistenciales del Gobierno Federal	56
2.3.2	Ley de los Derechos a las Personas Adultas Mayores.....	58
2.3.3	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.....	60
2.3.4	Derechos humanos y violencia: percepción de discriminación contra los adultos mayores	63
CAPÍTULO III. VIABILIDAD ECONÓMICO-FINANCIERA SOBRE UN ESQUEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES MEXICANOS.....		66
3.1	Introducción.....	66
3.2	Esquema de Protección Social a la Salud.....	66
3.2.1	Programas de Envejecimiento	67
3.2.2	Atención Médica y Hospitalización	68
3.2.3	Servicios de Atención a Domicilio (SAD)	68
3.2.4	Centro de Atención Gerontológico.....	70
3.2.5	Residencia.....	70
3.2.6	Teleasistencia.....	71
3.3	Análisis costo-beneficio del Esquema.....	71
3.3.1	Metodología.....	71
3.3.2	Población objetivo	73
3.3.3	Oferta y cobertura.....	74
3.3.4	Estructura de costos	75
3.3.5	Escenario alternativo	84
CONCLUSIONES		88
BIBLIOGRAFÍA.....		92

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.1. Índice de Envejecimiento Poblacional, 2000 al 2050.....	26
Gráfica 1.2 Índices de Dependencia Juvenil, de Adultos Mayores y Poblacional, 2000 a 2050.	27
Gráfica 1.3. Población Mexicana al 1° de enero por Sexo y Edad, 2005-2051	28
Gráfica 1.4. Evolución de las Tasas brutas de natalidad y mortalidad, de 1990 a 2050.	30
Gráfica 1.5. Evolución de la esperanza de vida por género y total, de 1990 al2050.....	31
Gráfica 1.6. Tasa de mortalidad, de 1990 a 2050.....	33
Gráfica 1.7. Tasa de Crecimiento de los Adultos Mayores Mexicanos y la Proporción que Guardan con Respecto al Total de la Población, de 2000 al 2050.....	36
Gráfica 1.8. Incremento Absoluto de la Población de Adultos Mayores Mexicanos, de 2000 a 2050	36
Gráfica 1.9. Población Media de Adultos Mayores Mexicanos, de 2000 a 2050	37
Gráfica 1.10. Proyecciones de Población de Hombres por Grupo de Edad, de 2005 al 2050	38
Gráfica 1.11. Proyecciones de Población de Mujeres por Grupo de Edad, de 2005 al 2050	39
Gráfica 2.1. Proporción que los Adultos Mayores representan del Total.....	41
Gráfica 2.2. Distribución Territorial de los Adultos Mayores por Tipo de Localidad.....	41
Gráfica 2.3. Distribución de los Adultos Mayores Ocupados por Sector Económico y Sexo, 2000	42
Gráfica 2.4. Tasas de Participación en la Actividad y Tipo de Ocupación para los Adultos Mayores y Sexo, 2000	43
Gráfica 2.5. Distribución Porcentual de los Adultos Mayores por Nivel Educativo y Sexo, 2000	44
Gráfica 2.6. Tasas de Analfabetismo entre los Adultos Mayores y Sexo, 2000	44
Gráfica 2.7. Distribución de los Adultos Mayores según Ingreso por Trabajo en Salarios Mínimos, 2000.....	45

Gráfica 2.8. Distribución de los Adultos Mayores según Ingreso por Trabajo en Salarios Mínimos, Hombres, 2000	46
Gráfica 2.9. Distribución de los Adultos Mayores según Ingreso por Trabajo en Salarios Mínimos, Mujeres, 2000.....	47
Gráfica 2.10. Distribución de los Adultos Mayores Ocupados por Situación en el Trabajo y Sexo, 2000	48
Gráfica 2.11. Distribución Porcentual de los Adultos Mayores por Estado Civil para Mujeres, 2000	49
Gráfica 2.12. Distribución Porcentual de los Adultos Mayores por Estado Civil para Hombres, 2000	50
Gráfica 2.13. Distribución de los Adultos Mayores por Parentesco con Respecto al Jefe del Hogar según condición de Derechohabencia a la Seguridad Social, 2000.....	51
Gráfica 2.14. Proporción de Hogares según Presencia de Adultos Mayores, 2000	51
Gráfica 2.15. Proporción de los Adultos Mayores con Vivienda Propia entre los Adultos Mayores que Viven Solos.....	52
Gráfica 2.16. Distribución de los Adultos Mayores por Tipo de Hogar según Condición de Derechohabencia a la Seguridad Social, 2000	53
Cuadro 3.1. Distribución Poblacional de los Adultos Mayores por Sub Perfil Calificado de Dependencia.....	73
Gráfica 3.1 Promedio de Costos Unitarios Anuales de Atención Médica para Adultos Mayores Mexicanos en el periodo 2006-2030	76
Gráfica 3.2. Costos unitarios de Residencias para adultos mayores mexicanos para los años de 2006, 2018 y 2030	77
Gráfica 3.3. Costos unitarios de Centro de Día, Centro de Día con Equipo Especializado, Centro de Atención nocturna, Servicio de Atención a Domicilio, Estancia Temporal en Residencia y Atención Médica para adultos mayores mexicanos para los años de 2006, 20018 y 2030	78
Gráfica 3.4. Costos unitarios de el Programa de Envejecimiento Pleno, Centro de atención Gerontológico, Centro de envejecimiento Activo y Teleasistencia para adultos mayores mexicanos para los años de 2006, 20018 y 2030.....	78

Gráfica 3.5. Costos unitarios de Redes Sociales de Apoyo y Programa de Envejecimiento saludable para adultos mayores mexicanos para los años de 2006, 20018 y 2030	79
Gráfica 3.6. Costos unitarios anuales de servicios de atención médica bajo el escenario de Costo Controlado.....	84
Gráfica 3.7. Costos unitarios para el servicio de Residencias bajo el escenario de Costo Controlado	85

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1. Proporción de adultos mayores con alguna discapacidad con respecto al total de adultos mayores.	33
Cuadro 3.2. Oferta de Servicios para las Coberturas a Final de Sexenio	74
Cuadro 3.3. Costos Homologados Anuales por Servicio para el año 2006.....	76
Cuadro 3.4. Costos unitarios por perfil de dependencia para el periodo 2006-2012	80
Cuadro 3.5. Costos unitarios por perfil de dependencia para el periodo 2012-2018	81
Cuadro 3.6. Costos unitarios por perfil de dependencia para el periodo 2019-2024	82
Cuadro 3.7. Costos unitarios por perfil de dependencia para el periodo 2025-2030	83

INTRODUCCIÓN

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores considera Personas adultas mayores a aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad, para este trabajo tomaremos esa definición también llamándole simplemente adultos mayores a este grupo de la población

Para el año 2005, en México habían alrededor de 8.2 millones de adultos mayores, es decir el 7.7% del total de la población. Aunque es un porcentaje bajo, este sector de la población es el que más necesidades requiere en cuanto a protección social, como ejemplo: el IMSS destina el 25.02% de sus servicios ambulatorios, el 22.54% de los servicios hospitalarios y el 17.61% de los servicios sociales a pesar de que este sector representa solo el 14.4% de su población. Por otro lado, la población con edades de 25 a 59 años representa el 42.6% de la población total por lo que a largo plazo la población de adultos mayores tendrá un considerable aumento con respecto a la población total.

Si bien existe un marco legal apropiado para hacer frente a las necesidades de los adultos mayores mexicanos sin necesidad de hacer reformas legales, las instituciones de salud no cuentan con los recursos materiales ni humanos especializados necesarios para hacer frente a las necesidades de este sector de la población.

El objetivo de esta tesis es analizar las tendencias demográficas, patrones epidemiológicos y actividades económicas de los adultos mayores mexicanos, con el fin de diseñar y evaluar un esquema orientado a su protección social en salud.

La tesis se presenta *grosso modo* en tres capítulos.

El objetivo del capítulo I es describir los principales problemas epidemiológicos que aquejan a los adultos mayores mexicanos. De igual forma, exponer los cambios en la estructura poblacional de la sociedad mexicana, así como las perspectivas futuras a mediano y largo plazo.

Por su parte, el capítulo II destaca el papel que ocupan los adultos mayores en la sociedad mexicana subrayando la importancia que tiene la familia para el adulto mayor. Así mismo, se mencionan las medidas legales e institucionales de protección social que el gobierno ha implementado con los adultos mayores como población objetivo.

Finalmente, en el capítulo III se definen las características del esquema de protección social en salud para los adultos mayores mexicanos, se realiza un análisis de costo-beneficio y se determina la factibilidad del esquema tomando en cuenta diferentes escenarios proyectados.

CAPÍTULO I: DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LAS TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES MEXICANOS.

1.1 Introducción

El presente capítulo se divide en dos partes. En la primera, se exponen los problemas epidemiológicos de los adultos mayores; es decir, se busca dar una visión de las características de la mortalidad y la morbilidad presentadas por este grupo de población. A su vez éste se divide en siete secciones: en la primera se muestra cómo ha cambiado la epidemiología prevalente en los adultos mayores; la segunda menciona algunos de los rasgos que caracterizan la vida del adulto mayor; la tercera sección exhibe los atributos de los principales padecimientos en la morbilidad y mortalidad de los adultos mayores; en la cuarta sección se da una mirada más profunda a las principales enfermedades en edad avanzada; la quinta sección está orientada a la mortalidad en adultos mayores mexicanos; la sexta menciona las consecuencias de las enfermedades cuando éstas no provocan la muerte; y por último, la séptima sección pone a la vista cuales son las enfermedades más importantes para este grupo.

La segunda parte del capítulo trata la parte demográfica; en este contexto, se exponen los cambios en la estructura poblacional experimentados en México, así como las expectativas que se tienen a futuro. Está dividido en ocho secciones: en la primera se habla del proceso de cambio por el que está atravesando la estructura poblacional en México; la segunda trata sobre el envejecimiento en la población mexicana; la tercera sección muestra los cambios que las tasas de natalidad, mortalidad y esperanza de vida han sufrido a través del tiempo; la cuarta sección reaborda los cambios en la mortalidad de los adultos mayores desde el punto de vista demográfico; la quinta exhibe el riesgo al que se exponen los adultos mayores de sufrir alguna discapacidad; en la sexta sección se presentan los incrementos tanto porcentuales como absolutos en la población de adultos mayores; en la séptima sección se ostentan las perspectivas a futuro; y por último, en la octava sección se muestran algunas proyecciones para la estructura poblacional.

1.2 Diagnóstico epidemiológico de los adultos mayores mexicanos

La epidemiología de los adultos mayores ha cambiado durante las últimas décadas; como consecuencia de la mejora en los servicios de salud y el aumento de la esperanza de vida la morbilidad de los adultos mayores ha crecido; con un aumento en la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y una decreciente afluencia de enfermedades transmisibles, estas enfermedades son más prevalentes mientras avanza la edad. Las enfermedades mayormente reportadas por los adultos mexicanos son los padecimientos cardiovasculares, en específico las enfermedades puramente cardíacas y la hipertensión arterial; así como la diabetes mellitus.

1.2.1 Transición Epidemiológica

Se conciben el envejecimiento y la transición epidemiológica como un proceso en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica. Dicha perspectiva requiere comprender características, determinantes y consecuencias de estos cambios a través del tiempo.

El primer cambio se da en las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción que ceden importancia ante las enfermedades no transmisibles, las lesiones, los padecimientos mentales y las nuevas infecciones como principales causas de muerte. El segundo cambio se debe a que la enfermedad y la muerte se desplazan hacia los grupos de mayor edad; la prolongada supervivencia en edades avanzadas aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones; además, el incremento de la proporción de personas de edad avanzada aumenta la presencia de padecimientos crónicos y degenerativos.

Un tercer cambio consiste en el tránsito de una condición de salud dominada por la mortalidad a otra donde la morbilidad es lo demandante. Así, se da el incremento relativo de las enfermedades crónicas junto con medidas que permiten posponer la muerte. Como resultado, se llega a una percepción diferente del significado social de la enfermedad, a causa de que ésta pasa de ser un proceso agudo y transitorio que llega a un fin, ya sea al sanar o al llegar la muerte del paciente, o bien, a constituirse en un estatus crónico de consecuencias importantes por la creciente carga psicológica, social y económica.

Durante el año de 1990 la morbilidad del adulto mayor mexicano tenía una tasa de 14,710.54 diagnósticos por cada 100,000 habitantes; para el año 2005 esta tasa ha crecido hasta 38,970.23 por 100,000 habitantes. Sin embargo, este crecimiento no significa

necesariamente que ha aumentado la presencia de enfermedades entre los adultos mayores, sino que es la misma población adulta mayor mexicana la que se incrementa respecto al total de la población.¹

En la década de los noventa, la morbilidad de los adultos mayores representaba 2.9% del total nacional. Entre las primeras causas de diagnóstico, 76.4% de los casos fueron enfermedades infecciosas, 16.4% de los diagnósticos estaban relacionados con padecimientos crónico-degenerativos y 4.4% correspondía a otras enfermedades.²

Para el año 2005, la morbilidad del adulto mayor alcanzó 5.4% de los diagnósticos del total nacional; de éstos, 77.1% fueron diagnósticos de padecimientos infecciosos, 11.8% de padecimientos crónico-degenerativos, 2.5% de enfermedades isquémicas del corazón y de enfermedades cerebro-vasculares; y, 8.6% de otros padecimientos.³

1.2.2 Perfil de vida del adulto mayor

Como un grupo especial dentro de la sociedad, los adultos mayores tienen características generales, que si bien no todas son uniformes en cuanto a género o localidad, es importante considerarlas para colocar a este grupo en una situación de vulnerabilidad con respecto a otros grupos sociales.

En esta sección sólo se mencionan someramente características de supervivencia con respecto al género, educación, actividad económica, demanda de servicios de salud, cuidado informal y seguridad social. Sin embargo, por la importancia de estas características, se tratarán con más rigor en el segundo capítulo.

Es importante resaltar que, a pesar de que nacen más hombres que mujeres, la vejez tiene un rostro predominantemente femenino. La relación entre hombres y mujeres tiende a igualarse a determinada edad (entre 20 y 24 años en México) debido a que los hombres presentan una mayor letalidad en todos los grupos de edad, lo que incide en una mayor proporción de ellas en las edades adultas y, sobre todo, en las más avanzadas. Entre las

1 Estudio de Viabilidad Económica y Factibilidad Técnica para el Diseño del Plan Gerontológico Institucional 2006 – 2025 del IMSS pagina 51.

2 Op. cit p.52

3 *Ibid.*

personas de 60 a 64 años hay 112 mujeres por cada 100 hombres, y esta relación llega a hasta 125 por cada 100 entre 75 y 79 años.⁴

La educación impacta directamente en la calidad de vida de la población y los adultos mayores no son la excepción. Quienes enfrentan la vejez con un nivel de instrucción mayor poseen mejores herramientas para responder activamente y adaptarse a los retos y oportunidades de esta etapa del curso de vida. Si bien en México se han logrado incrementos sustantivos en el nivel educativo de la población, los adultos mayores son depositarios de los rezagos acumulados por décadas, lo que los ubica en una situación de desventaja con respecto a otros grupos. Así, por ejemplo, las personas entre 15 y 19 años tienen una tasa de analfabetismo de apenas 1.9 %; mientras que casi una tercera parte de los adultos mayores (28.5%) es analfabeta.⁵

En cuanto a ocupación, una alta proporción de adultos mayores permanece económicamente activa después de cumplir la edad de retiro: 34.8% de los adultos mayores trabaja, alrededor de 73% de los hombres de 60 a 64 está ocupado, e incluso uno de cada cinco hombres de 80 años sigue trabajando. Además, a pesar de que las tasas de participación femenina son inferiores a las de los varones, casi 19% de las mujeres de más de 60 años permanece en actividad. El empleo informal no se presenta solamente entre las personas en edades avanzadas, aunque es en este grupo donde alcanza proporciones muy altas. Más de 80 por ciento de los adultos mayores (79.2% de los hombres y 85.0% de las mujeres) tiene un trabajo considerado como informal, caracterizado por bajos niveles de productividad e ingresos y la ausencia de prestaciones sociales esenciales.⁶

El envejecimiento de la población se traduce a una mayor demanda de servicios de salud, debido a que en este grupo de edad se presentan las mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica de toda la población. Las enfermedades crónico-degenerativas son de más larga duración, implican terapias y medicamentos más costosos y se asocian a periodos de hospitalización más prolongados. En 2005, las tres principales causas de muerte entre los hombres de 60 años y más fueron, en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares (29.5%); en segundo lugar, las neoplasias malignas (14.5%); y en tercer lugar, la diabetes mellitus (14.0%). Entre las mujeres, las tres primeras

4 Secretaría de Gobernación. Comunicado de prensa 30/07

5 IMSS op. ob. cit. p.51

6 *Ibid* pág.76

causas de muerte fueron: cardiovasculares (32.1%), diabetes mellitus (18.4%) y las neoplasias malignas (12.9%).⁷

El cuidado de las personas envejecidas en México recae principalmente en la familia, por lo que la composición del hogar en el que residen los adultos mayores puede incidir de forma importante en su bienestar físico y emocional. De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2005, en México hay cerca de 25 millones de hogares y uno de cada cinco tiene como jefe de hogar una persona con 60 años o más (20.5 %). El porcentaje de hogares donde sólo residen adultos mayores es bastante menor, alrededor de uno de cada quince (6.4 %), lo que indica que la mayoría de los adultos mayores en México reside con otros familiares de menor edad.⁸

El incremento de la población en edades avanzadas se traducirá en presiones hacia las instituciones públicas de seguridad social, tanto en el ámbito de las pensiones como en la atención a la salud. Esta transformación también comprometerá la viabilidad de las distintas formas de apoyo familiar a la vejez, en las que ha descansado principalmente el sostenimiento de la población en edades avanzadas en México. El envejecimiento de la población también obligará a profundos cambios culturales, que necesariamente pasarán por una redefinición del significado social de la vejez y de las formas de integración social y cultural de los adultos mayores.

1.2.3 Epidemiología prevaleciente en los adultos mayores

Las características de las enfermedades en el adulto mayor son pluripatología (múltiples enfermedades), cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional. Este último, es el punto final de muchas enfermedades en los adultos mayores, desde las más leves, hasta las más graves. Un gran porcentaje de los ancianos pasa un tiempo más o menos largo de incapacidad previa a la muerte, especialmente las mujeres, quienes deben pagar una esperanza de vida mayor con un mayor tiempo de dependencia funcional.

Así, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)⁹ confirmaron en el año 2001 que las tres principales enfermedades reportadas

⁷ Secretaría de Gobernación. Comunicado de prensa 30/07

⁸ Ob. cit

⁹ La ENASEM es una encuesta tipo panel, aspecto que nos permite comparar los datos entre los años 2001 y 2003 y obtener conclusiones al respecto. Esta encuesta se llevó a cabo mediante una entrevista directa individual y se obtuvieron entrevistas por sustituto cuando motivos de salud o ausencia temporal no permitieran una entrevista directa. La ENASEM es representativa de los 13 millones de mexicanos nacidos

por los adultos mayores fueron las enfermedades del corazón, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.¹⁰

1.2.4 Análisis de las principales enfermedades relacionadas con el envejecimiento

Por su alta prevalencia, en el grupo de los adultos mayores, las enfermedades crónico degenerativas merecen una mirada más profunda. Aquí se presentan las más importantes de estas patologías tomando en cuenta la mayor prevalencia en este grupo.

Diabetes Mellitus

Trastorno metabólico crónico causado por múltiples procesos debido a un déficit absoluto o relativo de insulina y caracterizado por hiperglucemia junto a alteraciones en el metabolismo protéico. Cuando se halla presente durante periodos prolongados se complica con neuropatía, aterosclerosis acelerada y el desarrollo de microangiopatía que afecta especialmente a la retina y al glomérulo renal.¹¹ En el año 2005 se registraron 40,568 muertes de adultos mayores de 65 años y más, relacionadas con este trastorno, es decir, 15.3% de las defunciones en este año para este grupo, siendo la principal causa de muerte.¹²

Cardiovasculares

Son todos los trastornos relacionados con el corazón y los vasos sanguíneos; entre éstas, las más importantes para la población de adultos mayores mexicanos son la hipertensión arterial y las enfermedades del corazón. En el año 2005 las enfermedades isquémicas del corazón provocaron la muerte de 39,851 adultos mayores de 65 años y más, es decir, el 15.1% de las defunciones de este grupo, siendo la segunda causa de muerte para personas mayores de 65 años. La enfermedad cerebro vascular fue la tercera causa de muerte para adultos mayores de 65 años y más, provocando 17,996 defunciones (7.9%) en este año.¹³

antes de 1951, así como de dos estratos de residencia: urbano y rural. Se llevaron a cabo entrevistas en persona por entrevistadores de tiempo completo, con duración promedio de 82 minutos.

10 CEPAL – CELADE. Rebeca Wong, 2002

11 Marín. Diccionario Médico. 2006

12 Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

¹³ *Ibid.*

Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno degenerativo de la corteza cerebral que produce demencia en las edades media y la edad avanzada. La demencia que acompaña a la enfermedad de Alzheimer se instaura de modo lento y progresivo, siendo el primer síntoma un defecto en la memoria reciente; pronto se observan trastornos afectivos como depresión o ansiedad, así como desorientación temporal y espacial. La evolución suele ser lenta y el paciente en un periodo que oscila entre cinco y diez años alcanza la etapa terminal en la que hay demencia profunda, descerebración y contracturas en flexión de todas las extremidades.¹⁴ De acuerdo con el Dr. Ignacio Orozco, geriatra del Hospital General de México, en la actualidad el padecimiento afecta al 1% de adultos mayores entre 60 y 64 años de edad, al 10% de personas mayores de 65 años y entre el 30 y el 50% en personas de 80 años en adelante.¹⁵

Depresión

Espacio patológico caracterizado por la alteración de los sentimientos de vitalidad (tristeza, angustia, desesperación y pesimismo), minusvalía personal y sentimientos de impotencia para obrar y pensar, con disminución en la actividad mental y física.¹⁶

Desnutrición

Es una condición que resulta de un balance nutritivo negativo y que ocurre cuando el consumo metabólico más la excreción de los nutrientes esenciales excede el aporte. Existe pérdida de peso, hipoproteinemia y edemas como hipotensión arterial, bradicardia y disminución del metabolismo.¹⁷ En el año 2005 la anemia causó 2,423 muertes entre los adultos mayores de 65 años y más, esto equivale a 9% de las defunciones de este grupo.¹⁸

1.2.5 Mortalidad general y por causas en la población de adultos mayores

El estudio del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) acerca de la situación de los adultos mayores del año 2000 indica que la mortalidad de la población mexicana, según el ciclo vital, posee las siguientes características: El primer año de vida presenta una mortalidad elevada, mas descende y se mantiene baja durante la niñez y

¹⁴ Marín. Diccionario Médico 2006.

¹⁵ Revista. Industria Farmacéutica. 2005

¹⁶ Marín. Diccionario Médico. 2006.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

juventud; después de estos periodos, la mortalidad se eleva gradualmente y para los adultos mayores se torna muy elevada. Es importante destacar que la mortalidad no se presenta igual en ambos géneros a consecuencia de que los varones jóvenes y adultos presentan una mayor mortalidad en las mismas etapas.

En este sentido, al priorizar al grupo de los adultos mayores, a partir de los 60 años de edad, las tasas de mortalidad tienen un rápido crecimiento; una tasa de 13.4 defunciones por cada 1000 adultos mayores para edades de 60 años y 126.2 defunciones por cada 1000 adultos mayores a partir de los 85 años; presentando notorias diferencias con respecto al sexo, con una mayor frecuencia de fallecimientos entre los hombres; sin embargo, esta diferencia disminuye considerablemente a partir de los 85 y más años.¹⁹

Las causas de mortalidad entre la población mexicana, como consecuencia de la transición demográfica y el envejecimiento poblacional, se están modificando debido a una transición epidemiológica, con las siguientes características:²⁰

La mortalidad derivada de enfermedades transmisibles (tuberculosis, VIH/SIDA, etcétera) se ha mantenido estable. Por otro lado, han aumentado las causas de muerte derivadas de las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, hipertensión arterial y sobrepeso/obesidad). En esta misma vertiente, han aumentado las causas de muerte relacionadas con la salud mental (depresión, demencias y Alzheimer); así mismo, han crecido las causas de muerte vinculadas con los estilos de vida (tabaquismo y alcoholismo) y los accidentes.

De acuerdo a datos de la Secretaría de Salud (SSA), en 2005, las principales causas de muerte en la población de 65 años y más, representando casi 40% del total, son: las enfermedades isquémicas del corazón (15.9%), la diabetes mellitus (14.6%) y la enfermedad cerebro vascular (9%). Entre las primeras diez causas de muerte, aparecen enfermedades como infecciones respiratorias agudas (3.3%) y la desnutrición calórica (2.9%). La hipertensión representó casi 19%, las enfermedades del sistema digestivo 14.8% y los padecimientos del sistema genitourinario 12.5%. En el cuarto y quinto lugar aparecen las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas que en conjunto representaron (10.3%) y las enfermedades respiratorias 9.8%.²¹

¹⁹ INEGI, 2005

²⁰ UN/POP/PD, 2005

²¹ IMSS, 2005

Por otro lado, los estudios del INEGI sobre los adultos mayores mexicanos, en este caso para las personas de 60 y más años, ponen de manifiesto que sus principales causas de muerte son la enfermedades crónico-degenerativas, especialmente las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos, que representan 50.7% del total de los fallecimientos entre los adultos mayores. En cuanto a la evolución de las causas de muerte en los adultos mayores mexicanos, refleja las siguientes características:²²

Por un lado, existe una diferencia por género, a causa de que los tumores malignos son más prevalentes como causa de muerte entre los hombres adultos mayores y la diabetes mellitus es más prevalente entre las mujeres adultas mayores. Por otro lado, las muertes ocasionadas por enfermedades del corazón, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y las cerebro-vasculares presentan una mayor prevalencia a medida que avanza la edad. Por último, la mortalidad debida a la diabetes, los tumores malignos, las enfermedades del hígado y los accidentes son menores a medida que se avanza en la edad.

1.2.6 Consecuencias no letales en enfermedades en edades avanzadas

Como se mencionó anteriormente, en las edades avanzadas se presentan cuadros de patologías múltiples que, aunque no causan la muerte, sí desencadenan una serie de anomalías que generan fragilidad, incapacidad funcional y dependencia, e implica, además, la pérdida de roles sociales y el retiro de la actividad y el trabajo.

Uno de los riesgos de mayor impacto en el envejecimiento demográfico es el aumento en las tasas de dependencia de su población adulta mayor. No obstante, aún no existe una definición universal sobre la dependencia que permita incorporar la totalidad de las implicaciones, o bien, establecer un comparativo internacional; ante ello, existe una gama de definiciones de la dependencia entre las que destacan:

- ❖ Organización Mundial de la Salud²³: “restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”
- ❖ Libro Verde sobre la Dependencia²⁴: “falta de la autonomía personal para actos básicos de la vida diaria, así como con la necesidad de recibir apoyo y cuidados de forma continúa”

²² INEGI, 2005

²³ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías*.

- ❖ Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España²⁵: “resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal. Este déficit comporta una limitación en la actividad”.

En este contexto teórico, una de las definiciones con mayor aceptación para el diseño de las estrategias de atención a los adultos mayores es la generada por el Consejo de Europa: “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”.

O dicho en una manera más precisa: “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

De acuerdo con la definición del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la dependencia es la consecuencia de una disminución de la capacidad funcional que origina dificultades al individuo para realizar tareas básicas o instrumentales. Por lo tanto, es un término básicamente funcional, con una estrecha relación con la discapacidad.²⁶

Los resultados del ENASEM ponen de manifiesto la prevalencia de la dependencia funcional entre la población adulta mayor mexicana. La dependencia funcional se manifiesta en la necesidad de ayuda por parte de otra persona para la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Éstas, a su vez, se dividen en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), tales como bañarse, vestirse o desvestirse, desplazarse al baño, alimentarse, etcétera; y en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), tales como hacerse la comida, limpiar el hogar, hacer la compra, pasear, etcétera. El ENASEM es una referencia obligada en cuanto primer intento por estudiar el proceso del envejecimiento de los adultos mayores cubriendo varios aspectos relacionados con su bienestar, salud en diversas dimensiones, apoyo familiar, social e institucional, entre otros. En este sentido, la encuesta ENASEM 2001 tiene una representatividad nacional de la población nacional de 50 o más años de edad y en aspectos de salud obtuvo resultados comparables con aquellos de otras encuestas, como la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 y, en menor medida, el Censo de Población.

²⁴ Jiménez Lara, A. (2004). Perfiles de dependencia de la población española y necesidades de cuidados de larga duración”. *Libro Verde sobre la Dependencia en España*. Fundación AstraZéneca.

²⁵ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid.

²⁶ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Norma que establece las disposiciones para el otorgamiento de los servicios de atención a la población de Adultos mayores, pensionados y jubilados.

En la encuesta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001 (ENASEM, 2001) la capacidad funcional se midió a través de la capacidad que tiene un individuo para realizar sin dificultad las actividades de la vida diaria (ABVD)²⁷ y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)²⁸. Para determinar la capacidad cognitiva, la ENASEM utilizó cuatro pruebas: memoria espontánea²⁹, permanencia de memoria³⁰, praxias viso-constructivas³¹ y memoria visual³². El factor subjetivo se refiere a la valoración que los individuos tienen de su propio estado de salud. Los factores de riesgo son comportamientos, actitudes y sensaciones que condicionan el estado de salud de los individuos. Se consideran factores de riesgo, el consumo de tabaco y alcohol, además de la actividad física o el ejercicio que realiza el individuo en una semana.

Para el grupo de 50 a 64 años, la mayor parte se encuentran en buen estado físico, con capacidad y autonomía y en condiciones productivas y activas. Incluir a esta población en la prevejez permite un análisis más completo de las edades avanzadas, con posibilidad de vislumbrar las condiciones de salud que tendrá la población de más de 65 años en un futuro. Entre 65 a 74 años, aumentan las mermas en las condiciones físicas, los papeles sociales y en la actividad económica, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud, mientras en el grupo de 75 y más, la mayoría de la población presenta decremento en salud y funcionalidad, causa dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la vida y el bienestar.

La manera de agrupar las edades también obedece a cuestiones metodológicas y organización estadística que tienen que ver con la base de datos utilizada para realizar los cálculos. En un principio, las opciones de agrupación consideraban que el grupo de 75 años y más debía estar subdividido en población con edades entre 75 y 84 años y 85 años y más; sin embargo, este último grupo de edad tiene pocos registros y estadísticamente poco valor.

Los problemas de salud, específicamente las enfermedades crónicas y discapacidades, son los que mayormente desencadenan malestar y dependencia. Por ello, fue elaborado un indicador a partir de la cantidad de enfermedades diagnosticadas: ninguna, una, de dos a tres y cuatro o más. Por otro lado, también existe un indicador de capacidad funcional que se basa en las ABVD y las AIVD, a causa de que al saber en cuántas y en cuáles

²⁷ Caminar, bañarse, comer, ir a la cama y usar excusado.

²⁸ Preparar una comida, ir de compras, manejar dinero, tomar medicamentos.

²⁹ Repetición de ocho palabras.

³⁰ Evocación de las ocho palabras.

³¹ Copia de dos figuras

³² Evocación de las figuras.

actividades tiene dificultades la población, se puede construir una variable que especifique los grados de capacidad funcional de los individuos. En este indicador se asignaron cinco categorías de capacidad funcional. Ellas son: 1ª. *Completamente capaces*, son aquellas personas que se manejan en forma totalmente independiente; es decir, no tienen dificultad para realizar las actividades cotidianas, tanto elementales como instrumentales; 2ª. *Levemente incapaces*, son las personas que tienen dificultad sólo en las AIVD, sin importar su cantidad; 3ª. *Moderadamente incapaces*, son personas que tienen dificultad en alguna de las ABVD y además tienen dificultad en ninguna o una AIVD; 4ª. *Severamente incapaces*, personas que declararon tener dificultad en una o más ABVD y en más de una de las AIVD, excluyendo a los que tienen dificultad en todas las ABVD y las AIVD; y 5ª *Completamente incapaces*, aquellas personas que tienen dificultad en todas las ABVD y en todas las AIVD.

El deterioro cognitivo es definido como la pérdida de facultades mentales. En el ENASEM hay cuatro pruebas para detectar este deterioro. Las puntuaciones para cada prueba son: un punto por cada palabra repetida (un máximo de ocho), un punto por cada palabra recordada (un máximo de ocho), un punto por cada figura copiada (dos puntos como máximo) y un punto por cada figura recordada (dos puntos como máximo). En total, las pruebas suman 20 puntos.

Los primeros resultados indican que a 43.2% de la población de 50 años y más, no le han diagnosticado una enfermedad crónica; 89.1% no tiene dificultad para realizar tanto las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria; 5.6% tiene deterioro cognitivo, y 5.6 % considera que su estado de salud es excelente o muy bueno.

Para el indicador de estado de salud, y de acuerdo con los resultados obtenidos, 3.9% tiene un estado de salud muy bueno; 64.1%, bueno; 25.6%, regular, y 6.4%, malo. A las personas de este último grupo, se les han diagnosticado enfermedades crónicas, tienen baja capacidad funcional, deterioro cognitivo y perciben su estado de salud como regular o malo. Existen diferencias por sexo en lo que a salud se refiere. Las cifras indican que 73.2% de los hombres tienen un estado de salud muy bueno o bueno, mientras que sólo 63.0% de las mujeres lo tienen. El grado de urbanización también hace diferencia, 5.8% de la población que vive en áreas urbanas presenta un estado de salud muy bueno, mientras que en áreas mixtas ese porcentaje baja a 2.2%.

El estado de salud comienza a mermar conforme avanza la edad; el porcentaje de población del grupo de 50-64 que presenta un estado de salud bueno es 70.3%; el de 65-74 es 58.9%, y menos de la mitad, 43.2%, en el grupo de 75 y más. Por otra parte, los porcentajes de población que tienen un estado de salud regular se incrementan conforme las edades son

mayores: 21.7% para el grupo de 50-64; 31.0% para el de 65-74, y 34.7% para los de 75 y más.

Al hacer la combinación sexo, edad y condición urbana-mixta, el menor porcentaje de población que tiene un estado de salud muy bueno lo tienen los hombres que viven en áreas mixtas y con edades de 75 y más (0.2%). El mayor porcentaje se encuentra en el grupo de hombres urbanos con edades entre 50 y 64 (8.8%).

La mayor parte del grupo de hombres que viven en áreas mixtas tiene un estado de salud bueno. Por grupos de edad, los porcentajes oscilan entre 76.7 y 46.8 por ciento. En el estado de salud malo destaca el grupo de 75 y más, con uno de cada cinco individuos con esta característica. Las mujeres que viven en áreas mixtas, en conjunto, tienen el peor estado de salud; 38.2% tiene un estado de salud regular o malo, y sólo 1.2% tiene un estado de salud muy bueno. Se destaca que alrededor de 60% de las mayores de 75 tienen un estado de salud regular y malo.³³

En conjunto, los datos de ENASEM reflejan niveles ligeramente más altos de problemas de funcionalidad en áreas rurales que urbanas y una dependencia funcional ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres y éste aumenta en relación con la edad.

La prevalencia de la dependencia funcional es importante en tanto es evidencia de un conjunto de necesidades de ayuda por parte del apoyo informal (familiares, amigos y comunidad), a tomar en cuenta por parte de los sistemas de servicios de salud y de servicios sociales del país. A este respecto, el estudio ilustra sobre los apoyos no económicos (como quehaceres del hogar, mandados y transporte): 48% de adultos mayores declararon haber recibido este tipo de ayuda, comparado con un 42% que declaró haberla dado.

En cuanto a ayuda económica, 54% la recibe, siendo las cohortes de 60 años y más las que probablemente reciben más. A su vez, los adultos mayores también proporcionan ayuda económica (20%), con una propensión mayor de los hombres para dar esta ayuda.

En relación a los cambios registrados por ENASEM entre el periodo 2001 y 2003, se detectó que entre los adultos mayores que reportaron no tener problemas en 2001, 6.5% declararon tener por lo menos un problema en 2003. Por otro lado, de los adultos mayores que en el año 2001 manifestaron limitaciones por lo menos en una Actividad de la Vida Diaria, 43% declaró seguir teniendo uno o más problemas en 2003. Esta proporción era mayor en el año 2003 en los adultos mayores de mayor edad, pero parece ser igual para

³³ Salud Pública de México / vol.49, suplemento 4 de 2007

hombres que para mujeres, y en áreas urbanas que en rurales.³⁴

1.2.7 Prevalencia de enfermedades crónicas en adultos mayores

El perfil de morbilidad entre los adultos mayores presentado por la Encuesta ENASEM 2001 muestra un auto-reporte de la prevalencia de las principales enfermedades crónico-degenerativas: 37% padecía hipertensión arterial, 15% diabetes mellitus, 3% enfermedades del corazón y 3% cáncer o embolia cerebral.³⁵

También reporta mayor presencia de las principales enfermedades crónico-degenerativas en las áreas urbanas con respecto a las rurales, mayor prevalencia de estas enfermedades crónico-degenerativas en las edades más avanzadas; así como en las mujeres con respecto a los hombres adultos mayores. Entre los hombres adultos mayores residentes en áreas urbanas, la prevalencia era de 18% respecto a 15% reportado por los adultos mayores jóvenes de 50 a 59 años. Por otro lado, entre las mujeres adultas mayores residentes en áreas urbanas, la prevalencia era de 23% (60 y más años) y de 16% (50 a 59 años)

Las variaciones en los auto-reportes de la morbilidad entre los adultos mayores de 2001 a 2003 no son importantes en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardiovasculares y en la embolia cerebral. Sin embargo, los adultos mayores que en 2001 no reportaron ninguna de estas enfermedades crónicas, en el año 2003 reportaron alguna de las cuatro en 5% más. Así mismo hubo un incremento de 17% en la prevalencia de la hipertensión arterial y un incremento de 5% en nuevos auto-reportes de diabetes mellitus. Por último, el incremento en el reporte de la hipertensión arterial es mayor entre los adultos mayores de más edad y entre las mujeres en relación a los hombres, sin diferencias significativas entre áreas rurales y urbanas.³⁶

1.3 Diagnóstico demográfico de los adultos mayores mexicanos

La estructura poblacional en México, como en todo el mundo, ha sufrido cambios importantes debido a la mejora de los servicios de salud y al acceso de éstos, provocando un considerable aumento en la esperanza de vida. Otro factor relevante han sido las campañas de control de la natalidad, que han causado la disminución del índice de fecundidad, es decir que están naciendo menos niños por mujer en edad fértil al mismo

³⁴ Revista de Salud Pública de México, 2005

³⁵ CEPAL – CELADE, Rebeca Wong, 2002.

³⁶ Revista de Salud Pública de México, 2005

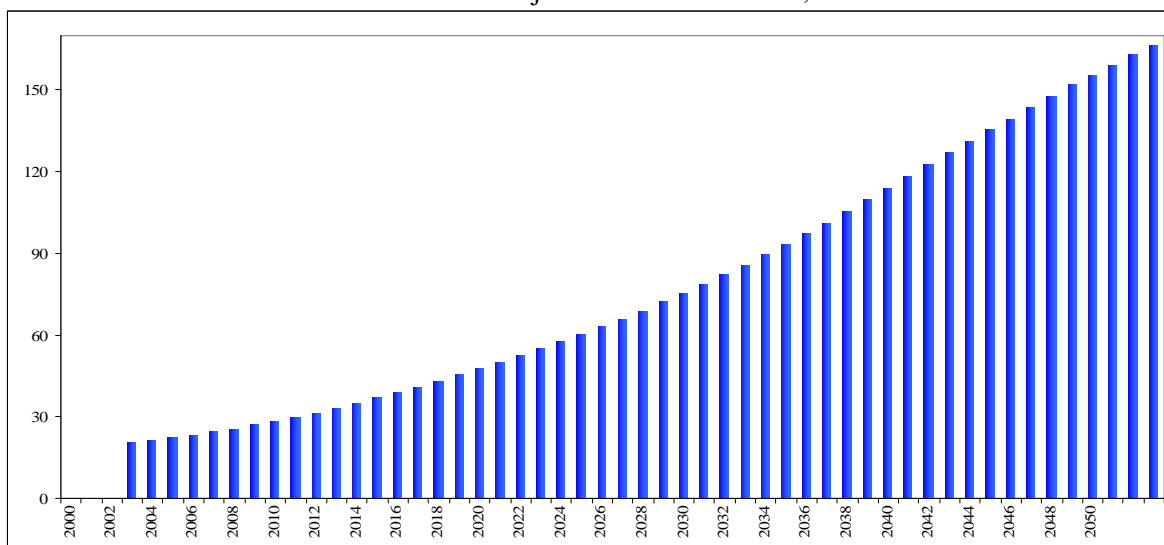
tiempo que las personas duran más tiempo vivas, lo que provocará que en algunos años la población esté compuesta primordialmente por adultos mayores.

1.3.1 Transición demográfica y envejecimiento poblacional

El índice de envejecimiento poblacional (relación existente entre el grupo de los adultos mayores y el grupo de los menores de 15 años) alcanzó 20.5% en 2000 y 25% en 2005. Las estimaciones apuntan a que en el año 2034 habrá la misma cantidad de niños que de adultos mayores y que el índice de envejecimiento en el año 2050 alcance la razón de 166.5 adultos mayores por cada 100 niños.³⁷

En la gráfica 1.1 se muestra la evolución proyectada del índice de envejecimiento poblacional desde el año 2000 al 2050. Según esta estimación, el índice tendrá un comportamiento creciente durante todo el periodo empezando por 20.5% en 2000 hasta 166.5% en 2050.

Gráfica 1.1. Índice de Envejecimiento Poblacional, 2000 al 2050.



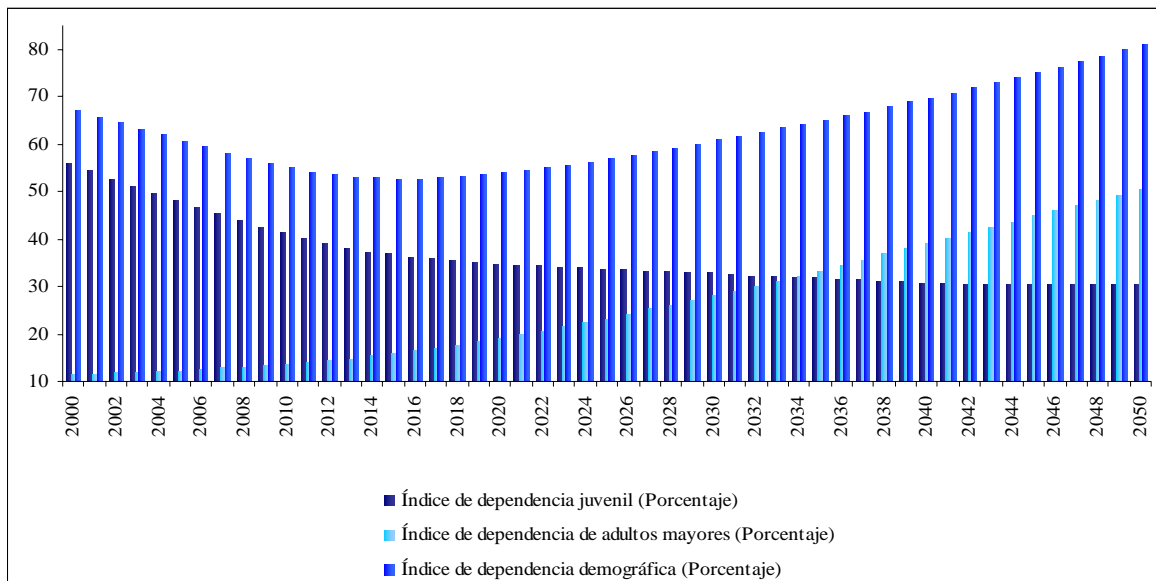
Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población. 2002

Por su parte, en la gráfica 1.2 se expone cómo los índices de dependencia juvenil disminuirán progresivamente en las próximas cinco décadas, de 55.8% en el año 2000 a 30.4% en el 2050, mientras que el índice de dependencia de los adultos mayores crecerá mucho más rápido, de 11.4% en el año 2000 hasta alcanzar 50.6% en el año 2050. En conjunto ambos comportamientos provocan que el índice de dependencia poblacional

³⁷ CONAPO, 2005.

menguarán hasta 2015 cuando alcanzará su mínimo en 52.67% y a partir de ahí, influenciado por el índice de adultos mayores, crecerá hasta 80.96% en 2050.³⁸

Gráfica 1.2 Índices de Dependencia Juvenil, de Adultos Mayores y Poblacional, 2000 a 2050.



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población. 2002

Lo anterior significa que la población mexicana se convertirá en una sociedad con más adultos mayores que población infantil y juvenil y habrá un incremento en la edad promedio del conjunto del país; ésta sólo se incrementó en cinco años durante las tres últimas décadas del siglo pasado (fue de 21.8 años en 1970 y 26.6 años en 2000), mientras que se espera que crecerá en más de 10 años durante las tres primeras décadas del siglo XXI. Será de 37 años en 2030 y de 43 años en 2050.³⁹

En cuanto al índice de sobreenvejecimiento⁴⁰, se calcula que este indicador crecerá en las próximas décadas. Se estima que los adultos mayores de 70 y más años superarán al grupo de los adultos mayores de 60 a 69 años alrededor del año 2040.⁴¹

³⁸ CONAPO, 2004

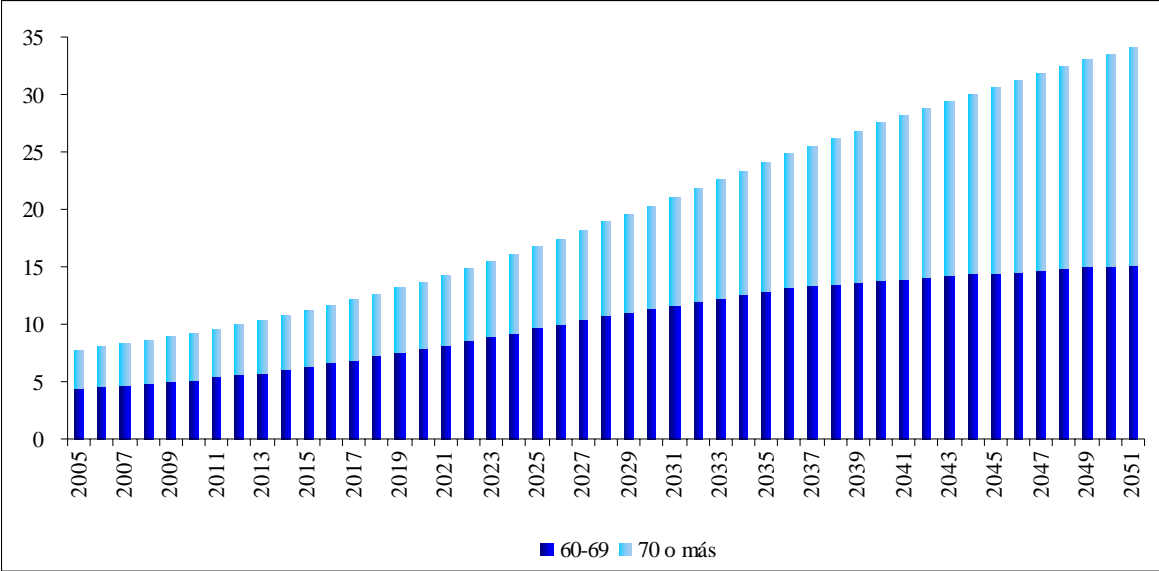
³⁹ CONAPO, 2004

⁴⁰ El concepto de *Sobreenvejecimiento* se refiere al envejecimiento de los ancianos. El índice se refiere al porcentaje de la población adulta mayor que tiene 70 años o más.

⁴¹ CONAPO, 2006

En la gráfica 1.3 se observa al crecimiento en la población de adultos mayores; este crecimiento presenta un comportamiento creciente desde 7,784,095 adultos mayores en 2005 hasta llegar a 34,058,973 adultos mayores en 2050.

Gráfica 1.3. Población Mexicana al 1° de enero por Sexo y Edad, 2005-2051 (millones de personas)



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población. 2002

Por último, en cuanto a la relación de dependencia demográfica de los adultos mayores respecto a la población en edad laboral, cabe destacar que en el año 2000 este indicador alcanzó 12.4% (más de 12 adultos mayores por cada 100 personas en edad activa), con diferentes intensidades y ritmos según entidad federativa.⁴²

1.3.2 Envejecimiento de la población

El envejecimiento poblacional se relaciona íntimamente a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica, y marca rumbos distintos dependiendo de circunstancias diferentes; pero en general, se pasa de altas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad, junto con la disminución de las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte, para ceder preponderancia a las enfermedades crónico-degenerativas. De esta manera, se da lugar al envejecimiento demográfico y sus consecuencias.

⁴² INEGI, 2005

México se encuentra en la fase final de su transición demográfica respecto a la fase post-transicional que se está produciendo en la mayoría de los países desarrollados⁴³. El proceso de envejecimiento poblacional en México ofrece una oportunidad siempre y cuando sea aprovechada con condiciones favorables para el desarrollo social y económico, a consecuencia del denominado “bono demográfico” una fase de la transición demográfica en la que coinciden tres hechos: un importante crecimiento de la población en edad laboral; una reducción del grupo de los menores de 15 años; y, un peso todavía relativamente pequeño de los adultos mayores.⁴⁴

La razón de dependencia demográfica, es el que mejor refleja la fase de bono demográfico relacionada con la transición demográfica y el envejecimiento de la población mexicana. La razón de dependencia total está compuesta por dos indicadores: la dependencia juvenil, resultado de dividir la población menor de 15 años entre la población en edades laborales (15 a 64 años), y la dependencia de los adultos mayores, resultado del cociente entre la población de 65 años y más y el grupo en edad de trabajar.⁴⁵

La trayectoria de las razones de la dependencia infantil-juvenil y la de los adultos mayores muestran que la dependencia total aumentó en México de 83 dependientes por cada 100 habitantes en 1950 a casi 108 en 1970. Sin embargo, con la disminución de la fecundidad, se invirtió la tendencia anterior y disminuyó a 96.2 en 1980 y a 61.3 en 2000.⁴⁶

Las estimaciones de CONAPO hacen prever que la razón de dependencia total seguirá descendiendo hasta la tercera década del presente siglo hasta un mínimo histórico de 48.9 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar. A partir de la década de 2030, momento en que México entrará en la tercera fase de la transición demográfica, caracterizada por una razón de dependencia total que comenzará de nuevo a elevarse como consecuencia del incremento del peso relativo de los adultos mayores en el conjunto de la población mexicana.

Ante la actual fase de bono demográfico, con duración estimada 2006-2028, México contará con el mayor potencial de recursos humanos en la historia de su población. Si lo

⁴³ UCM, 2003

⁴⁴ CONAPO, 2004

⁴⁵ La razón de dependencia total es la suma de los dos indicadores anteriores y mide cuántas personas hay en edades no laborales en relación a las personas que se encuentran en edad de trabajar. Si la razón de dependencia es menor, la población en edades laborales tiene menos presiones para generar los bienes y los satisfactores que requieren los grupos de población que no laboran

⁴⁶ CONAPO, 2000

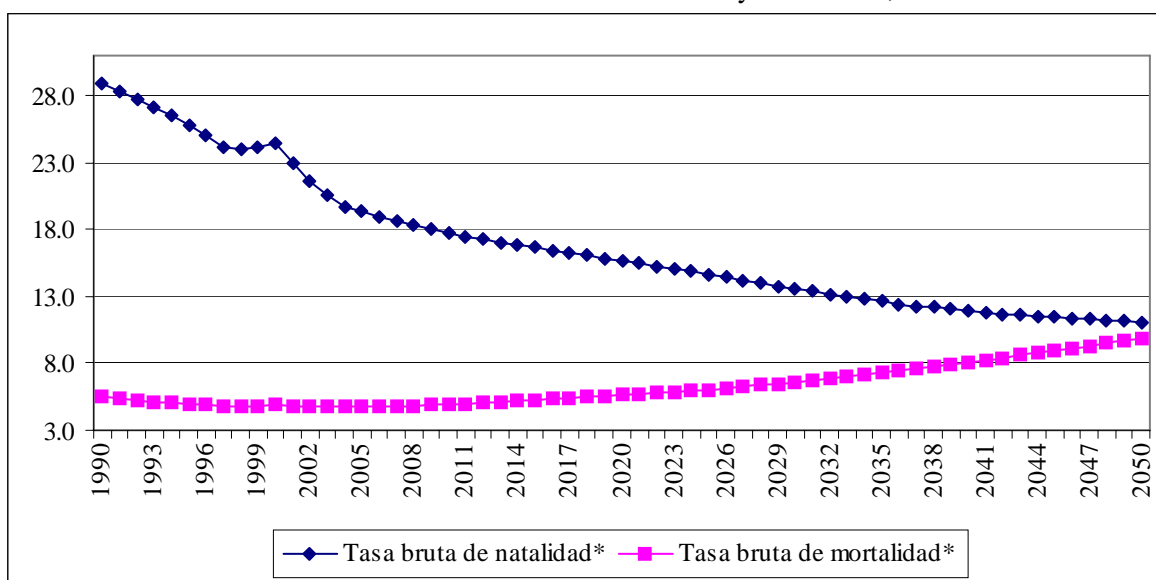
anterior es aprovechado con políticas públicas activas de empleo formal, se podrán generar ingresos por medio de nuevas cotizaciones a los diferentes sistemas de seguridad del país; así como aumentar los ingresos federales y estatales a través de impuestos directos e indirectos y lograr un crecimiento del patrimonio personal y familiar, la riqueza y el consumo del país.⁴⁷

1.3.3 Evolución de las tasas de natalidad, mortalidad y de esperanza de vida

El nivel de la fecundidad de las mujeres, medido por el promedio de hijos nacidos vivos, muestra una reducción significativa en todas las edades. En particular, para el grupo de mujeres de 45 a 49 años, que están terminando su ciclo reproductivo, la descendencia promedio en 2005 es de 3.7 hijos por mujer, cuando en el año 2000 era de 4.4 hijos.⁴⁸

En la gráfica 1.4 se observa que la tasa bruta de mortalidad baja un poco del año 1990 al 1999; a partir de este año, comienza a elevarse la mortalidad hasta llegar a una tasa de 9.8 en 2050. Por otro lado, la tasa bruta de natalidad conserva una tendencia decreciente a pesar de tener un mínimo local en 1998 y un máximo local en 2000 con una tasa de 11.1 que comienza a estabilizarse.

Gráfica 1.4. Evolución de las Tasas brutas de natalidad y mortalidad, de 1990 a 2050.



*Tasa por mil.

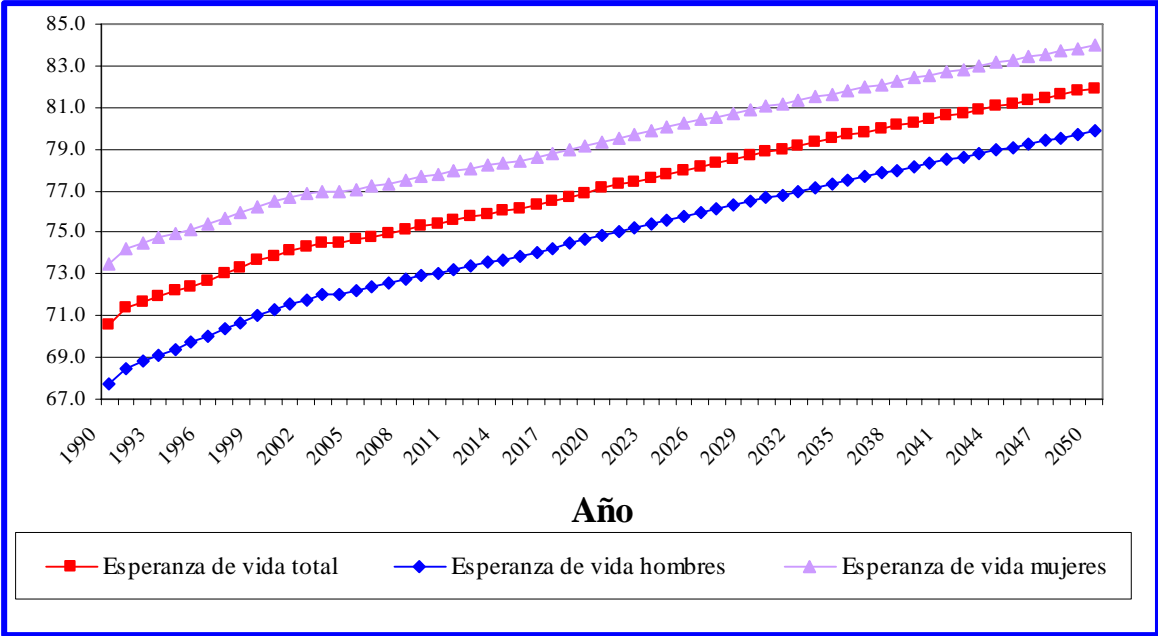
Fuente: Elaboración propia a partir de información de CONAPO, Indicadores demográficos 1990-2050.

⁴⁷ UN/POP/PD, 2005

⁴⁸ Resultados Definitivos del Censo de Población y Vivienda. 2005

La gráfica 1.5 muestra las esperanzas de vida tanto total como por género, para los años de 1990 al 2050, se manifiesta claramente el aumento en incremento en la esperanza de vida para ambos géneros en este periodo. Llama la atención que la tendencia es muy parecida para los tres indicadores, destacando que la esperanza de vida de la mujer siempre es mayor que la del hombre, mas la diferencia entre estas no se dispara en el periodo estimado.

Gráfica 1.5. Evolución de la esperanza de vida por género y total, de 1990 al2050.



Fuente: Elaboración propia a partir de información de CONAPO. Indicadores Demográficos 1990-2050.

La transición demográfica ha repercutido en un aumento de la esperanza de vida de los mexicanos durante el siglo XX y en los primeros años del siglo XXI; se ha incrementado en 40 años, desde 34.9 años en 1940 hasta 74.9 años en el año 2000⁴⁹. En el grupo de los adultos mayores mexicanos, también se ha incrementado la longevidad en 6.6 años entre 1940 y 2000, con un aumento de 10.9 años a 17.5 años, después de cumplir los 60 años.⁵⁰

Las estimaciones en México pronostican que en el año 2050 se alcanzará una esperanza de vida de 24 años para su población de 60 y más años. Este aumento en la longevidad ha sido mayor entre las mujeres adultas mayores, pues su esperanza de vida transitó de 12.8 a 20.1 años en el mismo periodo de tiempo (1940 - 2000), lo que significa un incremento de 7.3

⁴⁹ Secretaria de Salud, 2001.

⁵⁰ INEGI, 2005

años. La diferencia entre los hombres y las mujeres de edad avanzada puede explicarse por la sobremortalidad masculina a lo largo de las etapas del ciclo.⁵¹

1.3.4 Transformaciones de la mortalidad en adultos mayores

Una revisión de la transformación en el tiempo de las causas de muerte en la vejez, con datos que corresponden a la población de 65 años o más, en el periodo 1970-2000, separado por hombres y mujeres, indica que en las edades avanzadas la transición epidemiológica tiene sus propias características. En hombres y mujeres las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar como causa de muerte desde 1970. Los tumores malignos, que en 1970 ocupaban el tercer lugar para los hombres, a partir del año de 1980 se colocan como la segunda causa de muerte; en las mujeres ocupaban la segunda posición en los años de 1980 y 1990, y en 1970 y 2000, el tercer lugar.

La diabetes mellitus, de ser la octava causa de muerte en los hombres, ha pasado a ser la tercera, y en 30 años ha ganado cinco posiciones, situación significativa y preocupante. En las mujeres ha ganado cuatro posiciones al pasar del sexto al segundo lugar. Por su parte, las infecciones intestinales han perdido los lugares principales como causa de muerte. Tanto en hombres como en mujeres ocupan la posición 13 en 2000, cuando que, en 1970, ocupaban los lugares cuatro y cinco respectivamente. La neumonía e influenza, en 2000, ocupan el séptimo lugar para los hombres y el quinto entre las mujeres, cuando en 1970 ocupaba el segundo lugar para ambos sexos.

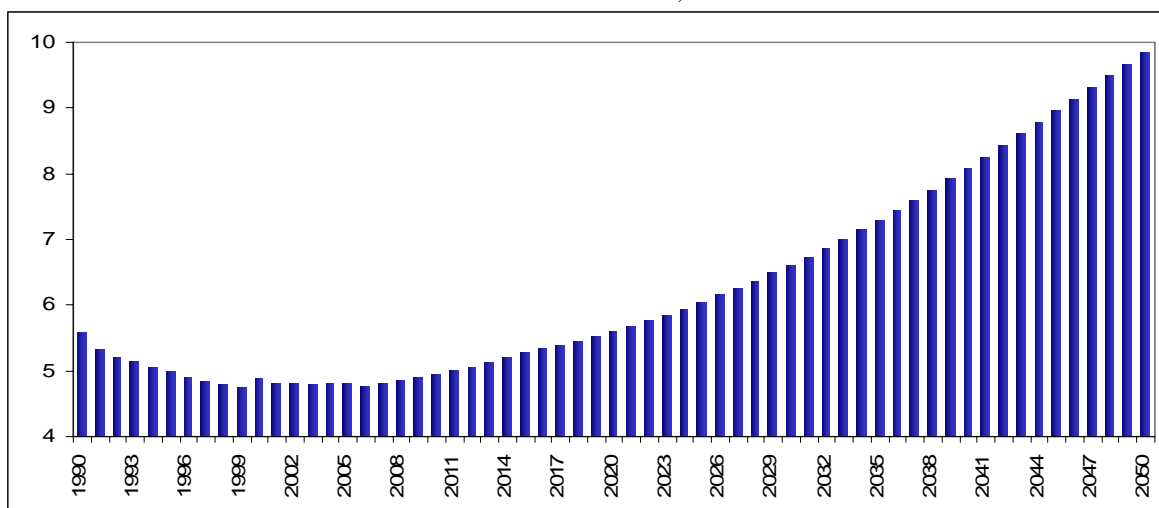
Las estadísticas constatan que, en las últimas cuatro décadas, ha habido cambios sustanciales en los patrones de enfermedad y muerte de la población envejecida, resaltando cambios en la estructura de la mortalidad por causas como el incremento de las enfermedades crónicas, el descenso de la infecciones; así como la mayor importancia social y económica de la morbilidad, y la discapacidad respecto a la mortalidad.

Se avanza en el envejecimiento y la transición epidemiológica dentro de una ruta, aún con muchos cambios por venir. Parte sustancial de este proceso estará matizado por la desigualdad social y económica, y se refleja en los niveles de mortalidad y morbilidad.

La gráfica 1.6 expone la evolución de la tasa de mortalidad a través de los años de 1990 a 2050. Según esta estimación, la tasa de mortalidad decrece de 5.6 en 1990 hasta 4.7 en 1999 cuando empieza a crecer hasta llegar a 9.8 en 2050, es decir que ya ha comenzado la etapa de crecimiento de este indicador.

⁵¹ Ibidem

Gráfica 1.6. Tasa de mortalidad, de 1990 a 2050



Por mil.

Fuente: Elaboración propia a partir de información de CONAPO, Indicadores Demográficos, 1990-2050.

1.3.5 Riesgo de discapacidad en adultos mayores

El cuadro 1.1 expone la proporción de adultos mayores que presentan alguna discapacidad, según los Censos de Población y Vivienda del INEGI. Estos resultados indican que a pesar de las patologías múltiples, el desgaste y la debilidad inherente a los adultos mayores, la proporción de éstos es bajo; sin embargo, la discapacidad aumenta mientras también lo hace la edad.

Cuadro 1.1. Proporción de adultos mayores con alguna discapacidad con respecto al total de adultos mayores.

Sexo y grupos quinquenales de edad	Sin discapacidad	Total	Motriz	Auditiva	Del lenguaje	Visual	Mental	Otra	No especificado
60 - 64 años	94.2634	5.274217454	2.61706911	0.7906208	0.1001753	1.80761423	0.2418857	0.0277507	0.020745
65 - 69 años	92.1069	7.394214182	3.86768907	1.2256252	0.1183175	2.39579476	0.2818547	0.0352243	0.02258
70 y más años	82.981	16.37866132	9.34994559	3.8377732	0.2104206	4.78960203	0.5601183	0.0553159	0.045735
Total	88.7314	10.71835085	5.90965735	2.2494634	0.1535305	3.2740938	0.3929362	0.0417935	0.032295

Nota: La suma de cada fila supera al total a consecuencia de que hay individuos que presentan más de una discapacidad.

Fuente: INEGI. Censos de Población y Vivienda, 1950 a 2000, INEGI. Censos de Población y Vivienda, 1995 y 2005.

El estudio sobre el perfil socio-demográfico de los adultos mayores en México realizado por el INEGI en el año 2000, refleja que 1.8 millones de mexicanos presentaban alguna

discapacidad física o mental permanente o temporal (por más de 6 meses). En términos relativos, es 1.8% de la población total. La distribución de la discapacidad por edades en el año 2000 era la siguiente: 0.7% entre la población infantil (0 a 14 años), 1% entre la población joven (15 a 29 años), crece a casi 2% entre los adultos (30 a 59 años) y alcanza 10.7% entre los adultos mayores (60 y más años), incrementándose la prevalencia de la discapacidad a 1 de cada 5 adultos mayores entre los 80 y 84 años y a casi 1 de cada 3 entre los mayores de 85 años. Asimismo, también es importante destacar que en todos los grupos de edad se produce una diferencia por cuestión de género: los hombres presentan tasas de discapacidad ligeramente mayores que las mujeres.

De acuerdo a los resultados anteriores, se pone de manifiesto que la discapacidad entre la población mexicana está relacionada, entre otros factores, con el desgaste biológico producido por la edad, el mayor tiempo de exposición a los riesgos asociados con los estilos de vida, los eventos agudos, las enfermedades crónicas y probablemente a consecuencia del tipo de trabajo desarrollado a lo largo de vida laboral.

En este sentido, la prevalencia de la discapacidad en el grupo de los adultos mayores mexicanos está generando procesos individuales de pérdida de autonomía personal, que necesitan ayuda en la realización sus actividades cotidianas, así como apoyos materiales y sociales por parte de alguna persona de su entorno familiar. Generalmente, en México estas ayudas son prestadas por la pareja o alguna hija⁵².

En cuanto a la tipología de las discapacidades en el año 2000, la población mexicana con discapacidad presentaba como principales dificultades: las motrices (45.3%); a continuación las visuales (26%); y, por último las mentales (16.1%). Sin embargo, esta estructura se modifica con el género y la edad de los mexicanos y mexicanas. Así, entre la población de 0 a 14 años el tipo de discapacidad principal en el año 2000 era la motriz (35.1%) y la segunda era la mental (33.9%); en la población joven de 15 a 29 años ambas tipos de discapacidad siguen siendo las más importantes, aunque el orden es inverso; entre los adultos de 30 a 59 años las dificultades motrices son las más prevalentes, con 43.2% del total de la discapacidad de este grupo de edad.

Entre el grupo de los adultos mayores, las principales discapacidades son de tipo motriz, alcanzando una prevalencia de 58.1% en las mujeres y 51.8% en los hombres. Las discapacidades visuales son el segundo tipo más frecuente de discapacidad, alcanzando 31.2% en mujeres y 29.8% en hombres de 60 y más años. En tercer lugar, las

⁵² INEGI, 2005

discapacidades auditivas son sufridas por 24.5% de hombres y 17.8% de mujeres de 60 y más años.

Asimismo, con respecto a las causas que provocan la discapacidad, se menciona en primer lugar la propia edad, en segundo una enfermedad, y en tercero, un accidente. Concretamente, en el grupo de los adultos mayores de 60 y 64 años, 44.3% contestó presentar discapacidad por enfermedad, 19.8% por un accidente y sólo 3.6% presenta una discapacidad en el nacimiento. También destaca el hecho de que 7 de cada 10 adultos mayores de 85 años declaran como causa de su discapacidad su propia edad avanzada, 16.9% de los mayores de 85 años contrajo su discapacidad por una enfermedad y 8.4% por un accidente.

En cuanto a diferencias más destacadas por razones de género, entre las mujeres de 80 y más años destaca la edad avanzada como causa de su discapacidad (49.2%), seguida por las enfermedades (33.7%); mientras que en los hombres de 60 y más años, además de la edad avanzada y las enfermedades, destacan los accidentes como tercera causa de discapacidad, que alcanzan 17.2% entre los hombres de 60 y más años, por encima del 10.4% reportado entre la mujeres de 60 y más años.

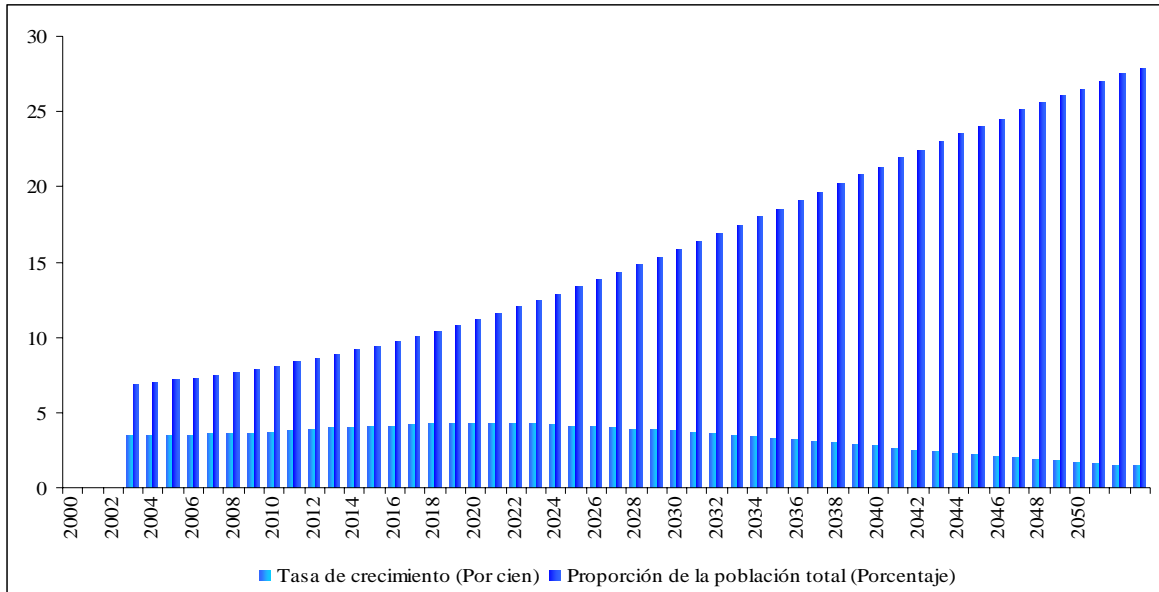
El Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el análisis realizado en el año 2000 sobre los adultos mayores, destacaba la necesidad de incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad entre los mexicanos de 60 y más años. Esto es así debido a que al alcanzar los 60 años, un hombre adulto mayor sano, vivirá en promedio 2.5 años con discapacidad, de los 20.2 años de vida promedio que le quedan por vivir. Asimismo, una mujer mexicana adulta mayor tiene una esperanza de vida de 3.1 años con discapacidad, cuando su esperanza de vida a esa edad es 22.1 años.

Por tanto, a partir de los 60 y más años, 10% de la vida transcurrirá con discapacidad, por lo que será necesario desarrollar estrategias preventivas para reducir los costos sociales y económicos que ésta genera entre los adultos mayores y sus redes de apoyo informal (familiares y allegados).

1.3.6 Incrementos porcentuales y absolutos de la población en edades avanzadas

En la gráfica 1.7 se muestra la tasa de crecimiento de la población de adultos mayores y la proporción que representa con respecto a la población total. Aunque la tasa de crecimiento empieza a decrecer lentamente, la proporción de este grupo con respecto al total se mantiene creciente comenzando con 6.83% en 2000 hasta llegar a 27.95% en 2050.

Gráfica 1.7. Tasa de Crecimiento de los Adultos Mayores Mexicanos y la Proporción que Guardan con Respecto al Total de la Población, de 2000 al 2050.

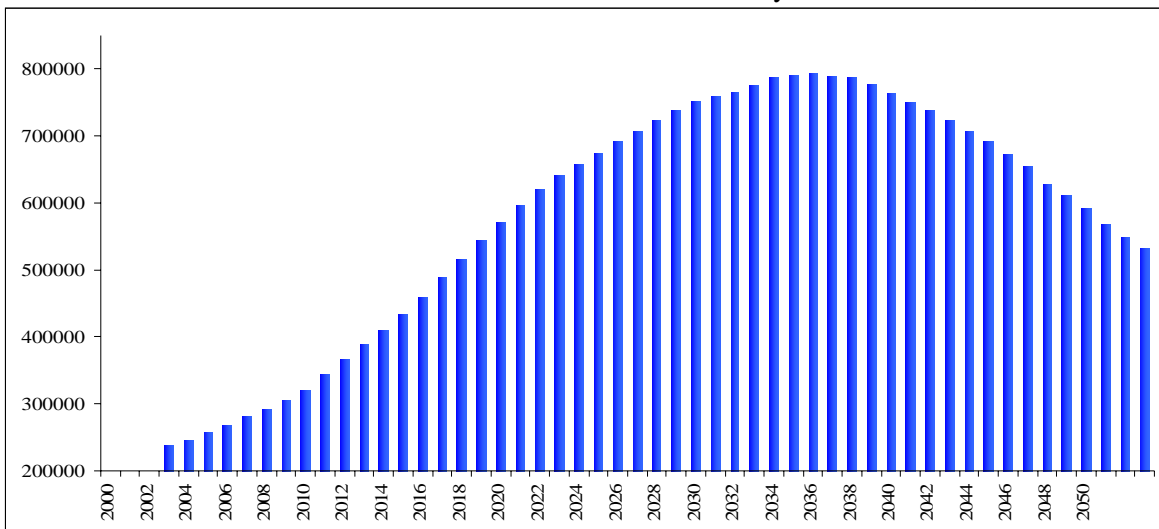


Por cien

Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población, 2002.

En la gráfica 1.8 se exhibe el incremento absoluto del sector de adultos mayores para los años del 2000 al 2050. Éste al ser siempre positivo, indica que siempre existirá un crecimiento. Este crecimiento aumenta de 237,225 en 2000 hasta llegar a un tope de 793,129 en 2033, cuando el incremento comienza a disminuir hasta llegar a 532,229 en 2050.

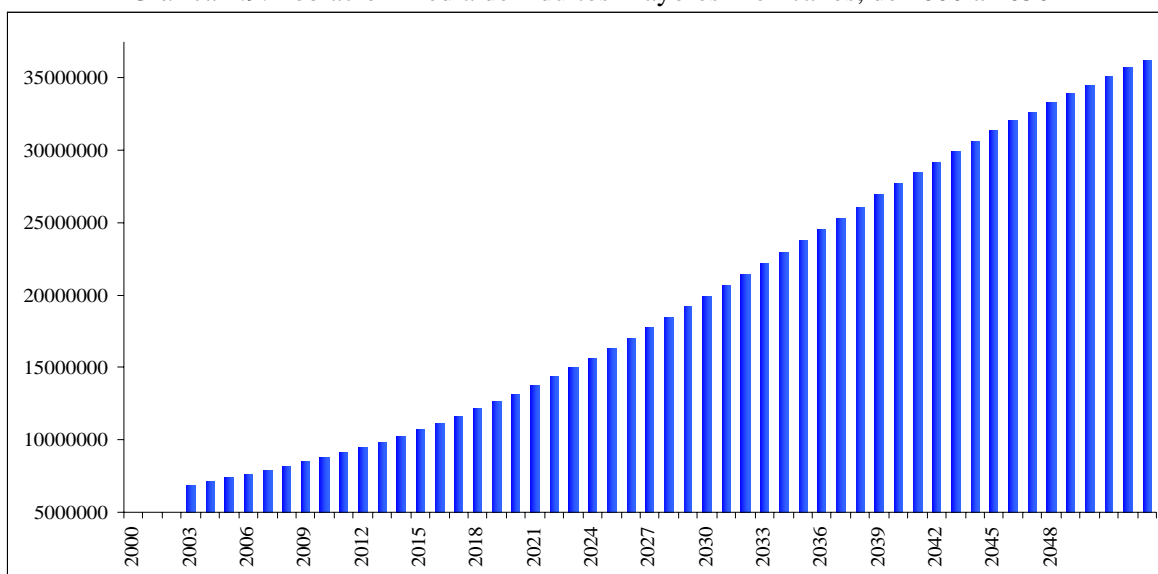
Gráfica 1.8. Incremento Absoluto de la Población de Adultos Mayores Mexicanos, de 2000 a 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población, 2002

Por su parte, la gráfica 1.9 pone de manifiesto un comportamiento monótono creciente en la población media de adultos mayores, la cual alcanzará un total de 36,222,237 para 2050

Gráfica 1.9. Población Media de Adultos Mayores Mexicanos, de 2000 a 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población. 2002.

1.3.7 Perspectivas para el corto, mediano y el largo plazo

Según estimaciones de CONAPO, al día de hoy en México habitan 8.5 millones de personas de 60 años o más; sin embargo, para el año 2030 se espera que este grupo alcance los 20.7 millones, continuando con esta tendencia, según las predicciones, al llegar a la mitad del siglo alcanzarán 33.8 millones. Esto pondrá de manifiesto el aumento de las proporciones de adultos mayores en las décadas venideras. Por un lado, en 2007 la proporción es de 8.0 por ciento; para 2030 se habrá incrementado al 17.1% y en 2050 alcanzará 27.7%.

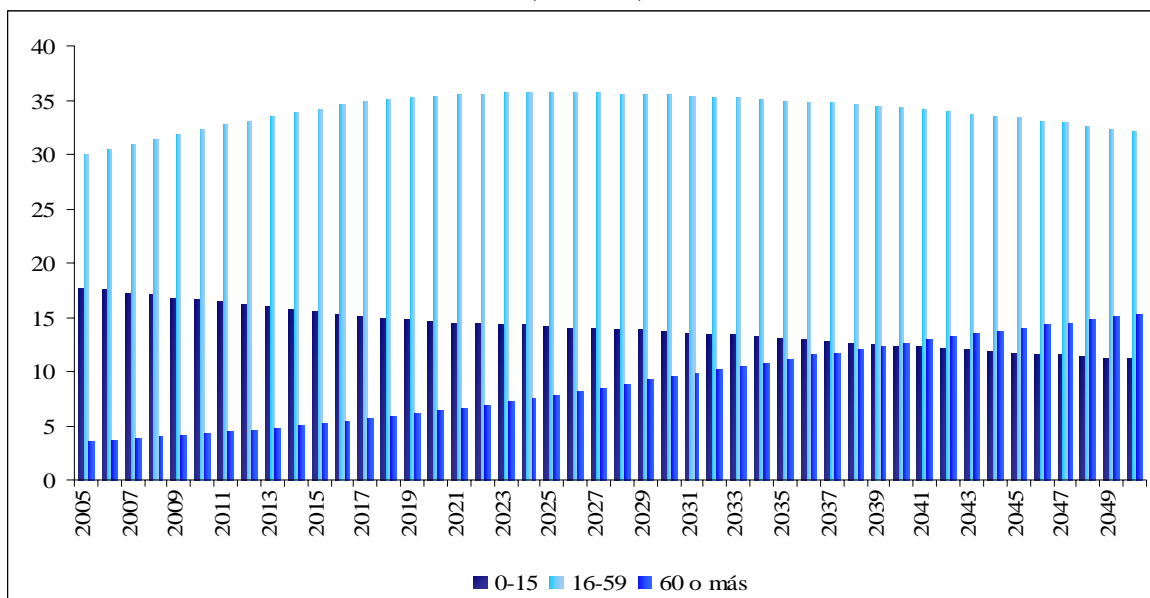
En México el proceso de envejecimiento demográfico se producirá en un periodo mucho menor al que se ha observado en países más desarrollados y en un contexto socioeconómico menos favorable. De acuerdo con la revisión de 2006 de las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, la proporción de población envejecida para las regiones más desarrolladas del mundo aumentará de 11.7 por ciento en 1950 a 32.6 por ciento en 2050. De esta manera, el proceso que a los países más desarrollados les ha tomado un siglo (incrementar la proporción de personas de la tercera edad en 20.9 puntos porcentuales), a México le tomará la mitad del tiempo, al pasar de 6.8 a 27.7 por ciento entre 2000 y 2050.

1.3.8 Proyecciones de la estructura de la población

En la gráfica 1.10 se muestra el comportamiento estimado de la población masculina por edad para los años del 2005 al 2050. Se observa que aunque la población de 16 a 59 años es predominante sobre todo el periodo, al principio de éste crece de 17,682,883 habitantes en 2005 hasta 35,677,161 en el año 2025; a partir de ahí comienza a decrecer más durante el periodo.

En cuanto a la población de 0 a 15 años se tiene un comportamiento decreciente que comienza con 17,682,883 pobladores en el año 2005 hasta llegar a 11,173,170 en el 2050. Por el contrario, la población de 60 o más años, muestra un comportamiento creciente iniciando con 3,614,242 habitantes en 2005, mucho mayor a la población adulta mayor del principio del periodo, hasta 15,254,900 en 2050,

Gráfica 1.10. Proyecciones de Población de Hombres por Grupo de Edad, de 2005 al 2050 (millones)

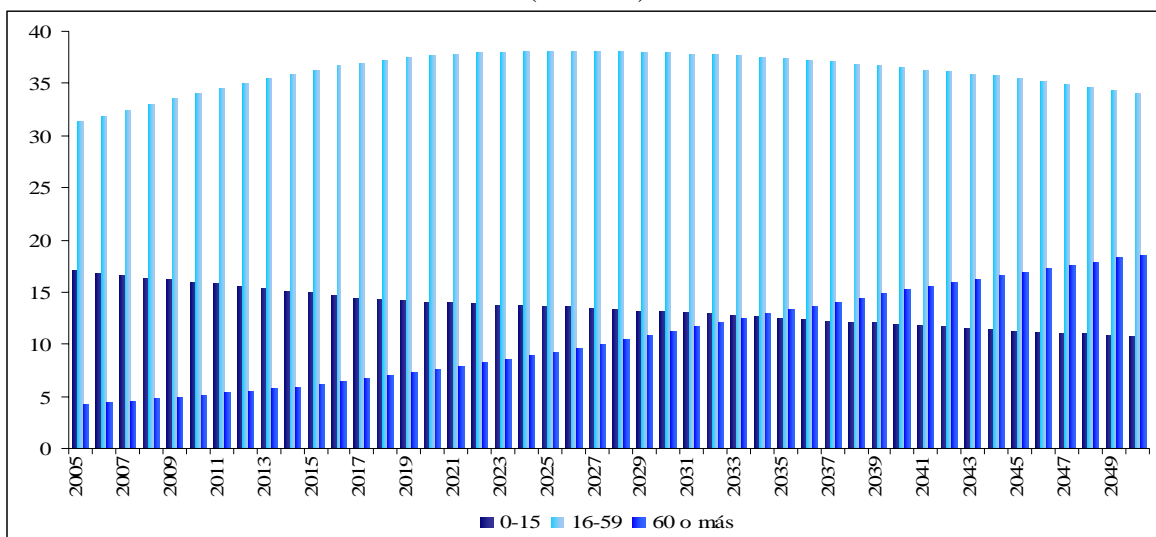


Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población, 2002.

La gráfica 1.11 muestra el comportamiento de la población de mujeres de los distintos grupos de edad durante los años del 2005 al 2050. Este comportamiento es similar a los hombres, la población de 16 a 59 años comienza con 31,403,361 habitantes en 2005, crece hasta alcanzar 38,088,677 en 2026, un año después del máximo en hombres que es menor por 2,411,516 habitantes.

En cuanto a la población de 60 o más años, comienza con 4,301,916 habitantes en 2005 y crece hasta alcanzar 18,537,713 habitantes en 2050. Tanto en el grupo de 16 a 59 años como el de 60 o más años, la población de mujeres supera al de los hombres en cada año; sin embargo, la población de 0 a 15 años se mantiene por debajo de la masculina en todo el periodo.

Gráfica 1.11. Proyecciones de Población de Mujeres por Grupo de Edad, de 2005 al 2050 (millones)



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población, 2002.

CAPÍTULO II. EL ENTORNO SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES MEXICANOS.

2.1 Introducción

El capítulo II está dividido en dos partes, la primera trata del lugar que ocupan los adultos mayores mexicanos dentro de la vida social en el país. Este apartado se divide a su vez en seis temas: en el primero se mencionan los estilos de vida de los adultos mayores; en el segundo se aborda la proporción que tienen los adultos mayores en los diferentes sectores económicos; en el tercero se exhibe el nivel de educación en los adultos mayores; en el cuarto se aborda tanto la actividad como las condiciones de trabajo de los adultos mayores mexicanos y los ingresos que perciben los adultos mayores; en el quinto se habla sobre la importancia que tiene la familia para el adulto mayor y el papel que este ocupa en ella; y finalmente, en el sexto se trata del importante papel que el cuidador informal tiene para el adulto mayor.

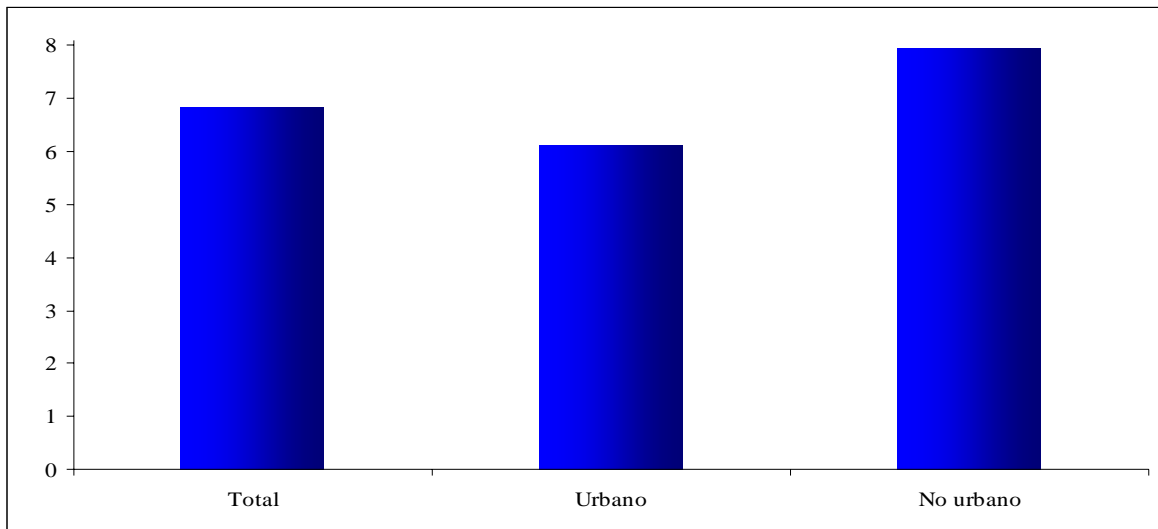
Por su parte, en la segunda parte del capítulo se expone las políticas de protección social relacionadas con el envejecimiento. Éste se divide a su vez en cuatro temas; en el primero se observa brevemente acciones de protección a los adultos mayores en la seguridad social; en el segundo tema se exhiben los programas asistenciales desarrollados por el Gobierno Federal destacando el Plan Nacional de Desarrollo y la Ley de Protección a los Adultos Mayores; en el tercero se describe a la institución especializada en la protección de adultos mayores denominada Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores; y finalmente, en el cuarto se da un bosquejo de los pilares y doctrinas de los derechos humanos de los adultos mayores mexicanos, dando un énfasis a la percepción que se tiene de las discriminación hacia este grupo de población.

2.2 El entorno social de los adultos mayores mexicanos

2.2.1 Estilos de vida del adulto mayor

En la grafica 2.1 se muestra la proporción de adultos mayores con respecto a la población total haciendo diferencia entre localidades urbanas y no urbanas, considerando a las primeras como las localidades con 15,000 habitantes o más. Siendo considerablemente mayor la proporción de adultos mayores en las localidades no urbanas con 7.94 en comparación con las poblaciones urbanas que sólo tienen 6.12.

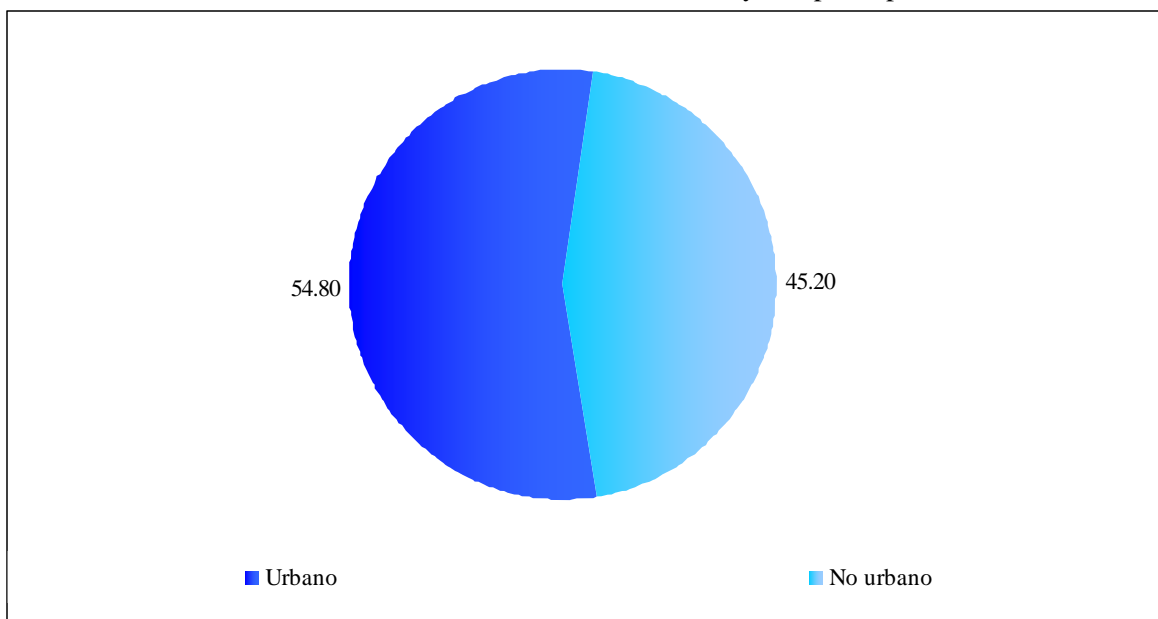
Gráfica 2.1. Proporción que los Adultos Mayores representan del Total



* Urbanas son las localidades con 15,000 o más habitantes; rurales aquellas con menos de 15,000 habitantes.
Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población 2002.

Por su parte, en la gráfica 2.2 se observa la proporción de adultos mayores según su distribución respecto a áreas urbanas y no urbanas.

Gráfica 2.2. Distribución Territorial de los Adultos Mayores por Tipo de Localidad



* Urbanas son las localidades con 15,000 o más habitantes; rurales aquellas con menos de 15,000 habitantes.
Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población, 2002.

De acuerdo a resultados de la ENASEM 2001, el 17% de los adultos mayores fumaban; 30.7% de los adultos mayores ingería bebidas alcohólicas; 32.5% hacía actividad física

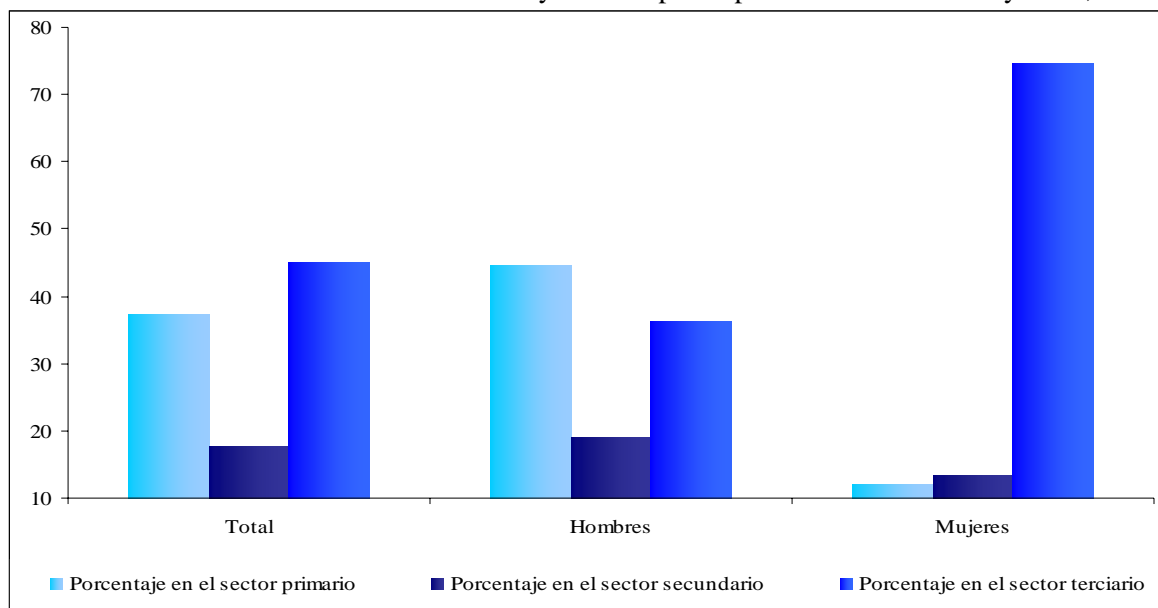
pesada (incluyendo deportes) por lo menos tres veces a la semana. En este año, tanto el consumo de tabaco como de alcohol fue más elevado en los hombres. En general, estos hábitos son menos saludables en las áreas urbanas que en las rurales.

Por otro lado, a través del Índice de Masa Corporal (IMC)⁵³, la ENASEM provee la prevalencia de desnutrición y obesidad para 2001. Con base en ello, el 30% de los adultos mayores presentaron desnutrición y 15% obesidad. Esto no es homogéneo para toda la República, debido a que en áreas rurales la desnutrición llega alrededor de 41% mientras que en áreas urbanas solo es de 16%. En cuanto a género tanto la desnutrición como la obesidad son más habituales en las mujeres que en los hombres.⁵⁴

2.2.2 Distribución de adultos mayores por actividad económica

En la gráfica 2.3 se muestra la distribución de los adultos mayores mexicanos con respecto a género y al sector económico. En este sentido, 37.16% se dedican al sector primario; 17.76% se ocupan en el sector secundario; y 45.08% se dedica al sector terciario. En el caso de los hombres el 44.57% se dedica al sector primario, solo el 19.04% se ocupa en el sector secundario y el 36.39% en el sector terciario. En contraste, las mujeres ocupan o lado para el 11.99% en el sector primario; 13.43% en el sector secundario y el 74.58% en el terciario.

Gráfica 2.3. Distribución de los Adultos Mayores Ocupados por Sector Económico y Sexo, 2000



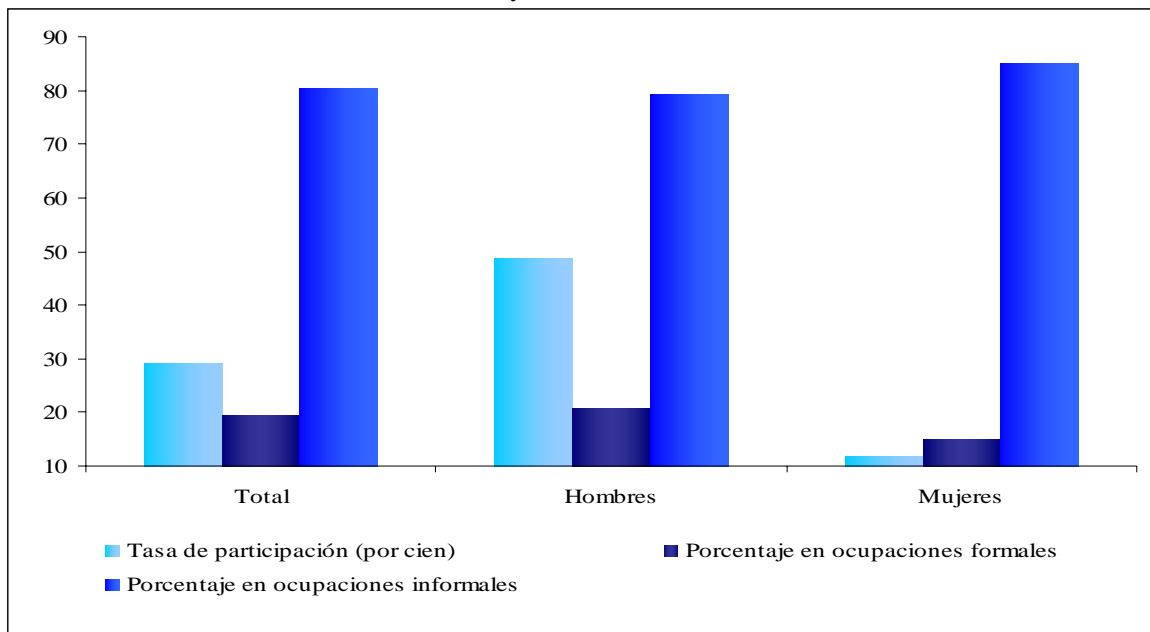
Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

⁵³ IMC = Índice de Masa Corporal = $\text{Peso (kg)} \div (\text{altura})^2 \text{ en (m}^2\text{)}$.

⁵⁴ Revista de Salud Pública de México, 2005.

En la gráfica 2.4 se muestran tanto la tasa de participación en actividad económica como los porcentajes con respecto a los sectores formal e informal. La tasa de participación es de 29.08; 48.75 para los hombres y 11.77 para las mujeres. El 20.82% de los adultos mayores varones trabajan en el sector formal mientras que el 79.18% restante lo hacen en el sector informal. Para las mujeres el 14.85% trabajan en el sector formal y el 85.02% en el informal.

Gráfica 2.4. Tasas de Participación en la Actividad y Tipo de Ocupación para los Adultos Mayores y Sexo, 2000

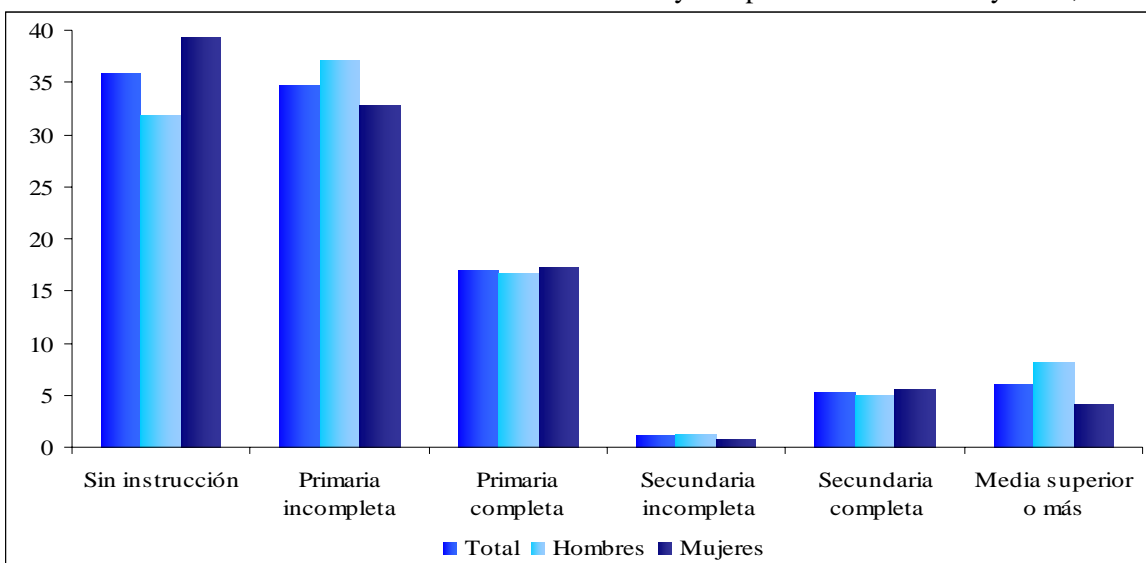


Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

2.2.3 Distribución de adultos mayores por nivel educativo

En la gráfica 2.5 se exhibe el porcentaje de adultos mayores mexicanos según el nivel educativo y sexo. El 35.87% no tiene instrucción formal; diferenciando por sexo la proporción de 39.36% de las mujeres es mayor al 31.9% de los hombres. Los que tienen la primaria incompleta son el 34.79%; al distinguir por sexo los hombres presentan 37.11% contra el 32.75% de las mujeres. Los que terminaron la primaria son el 16.98%; el 16.56% de los hombres y el 17.34% de las mujeres. Únicamente 1.06% de los adultos mayores mexicanos con secundaria incompleta; 1.31% de los hombres y 0.84% de las mujeres. El 5.27% estudio hasta la secundaria completa; 4.97% de los hombres y 5.53% de las mujeres. Por último, el 6.03% de los adultos mayores mexicanos tiene nivel medio superior o más; 8.15% de los hombres y 4.17% de las mujeres

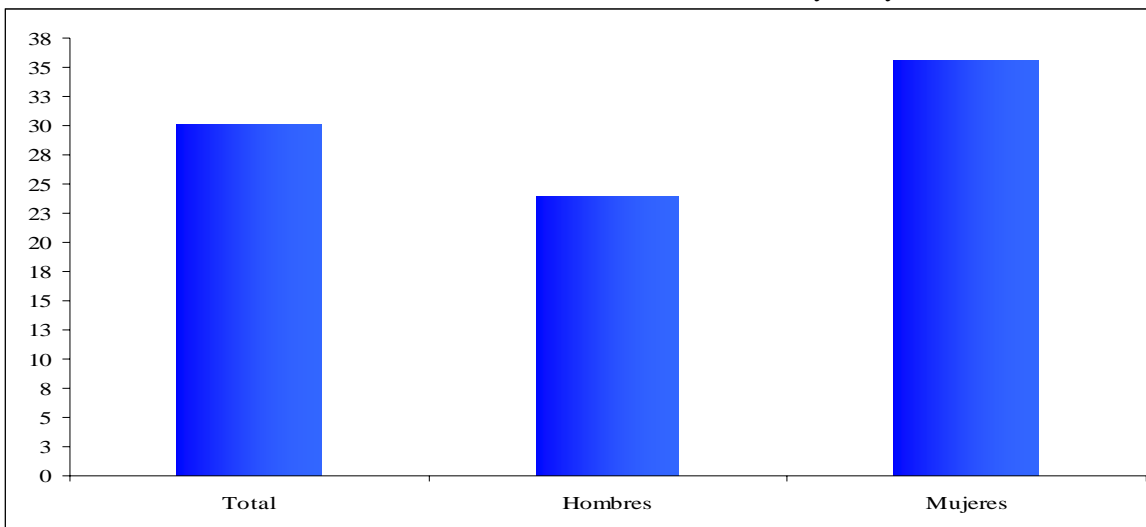
Gráfica 2.5. Distribución Porcentual de los Adultos Mayores por Nivel Educativo y Sexo, 2000



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

En la gráfica 2.6 se muestran los índices de analfabetismo para los adultos mayores en el año 2000 y diferenciado por sexo. El índice es de 30.14%, y se observa una diferencia entre hombres y mujeres de 11.58%, puesto que mientras los hombres es de 23.98% para las mujeres alcanza 35.65%.

Gráfica 2.6. Tasas de Analfabetismo entre los Adultos Mayores y Sexo, 2000

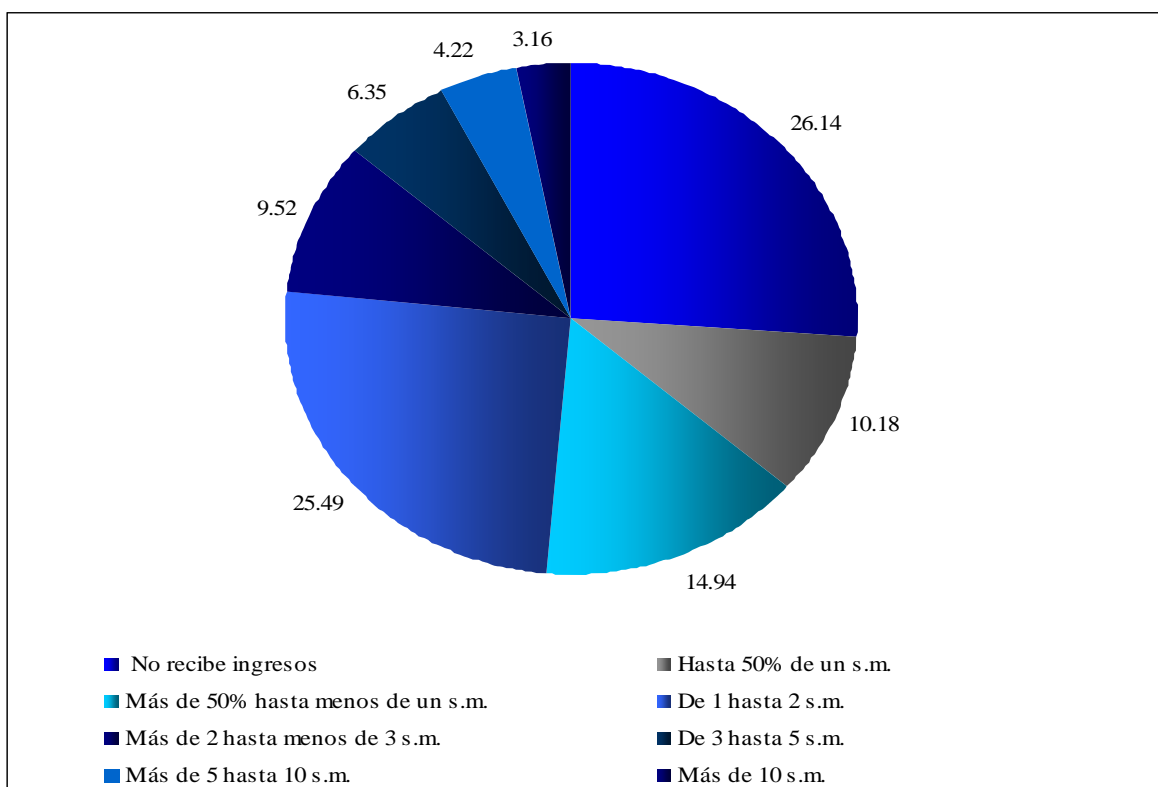


Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

2.2.4 Distribución de adultos mayores por ingreso y condición de Trabajo

En la gráfica 2.7 se muestra la proporción de adultos mayores mexicanos, según sus ingresos expresados en salarios mínimos. Se observa que según esta segmentación el sector más grande no percibe ingresos, pues representa un 26.14%; los que perciben hasta medio salario mínimo representan el 10.18%; el sector que percibe más de medio salario mínimo hasta un salario mínimo el 14.94%; finalmente, el segundo sector más grande es aquel que perciben de uno a dos sueldos mínimos con una proporción de 25.49%, a partir de este momento la proporción empieza a decrecer conforme aumenta el ingreso.

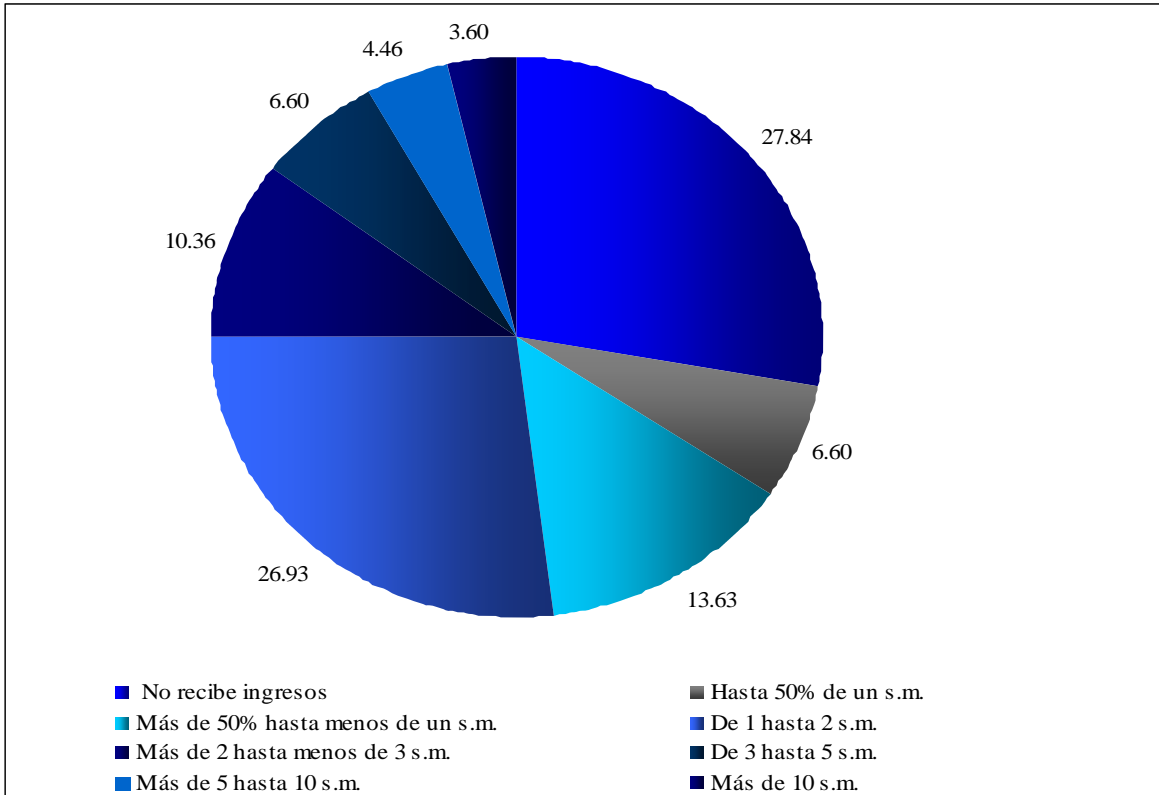
Gráfica 2.7. Distribución de los Adultos Mayores según Ingreso por Trabajo en Salarios Mínimos, 2000



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

En la gráfica 2.8 se especifica la proporción de adultos mayores mexicanos, según sus ingresos expresados en salarios mínimos para el sexo masculino. El sector que no perciben ingresos se mantiene como el de proporción mayor con 27.84%; la proporción que perciben hasta medio salario mínimo es de 6.6%; de medio a un salario mínimo 13.63%; de uno a dos salarios mínimos 26.93%; de dos a menos de tres 10.36%; de tres hasta cinco 6.6%; más de cinco hasta diez 4.46%; y, finalmente más de diez salarios mínimos 3.6%.

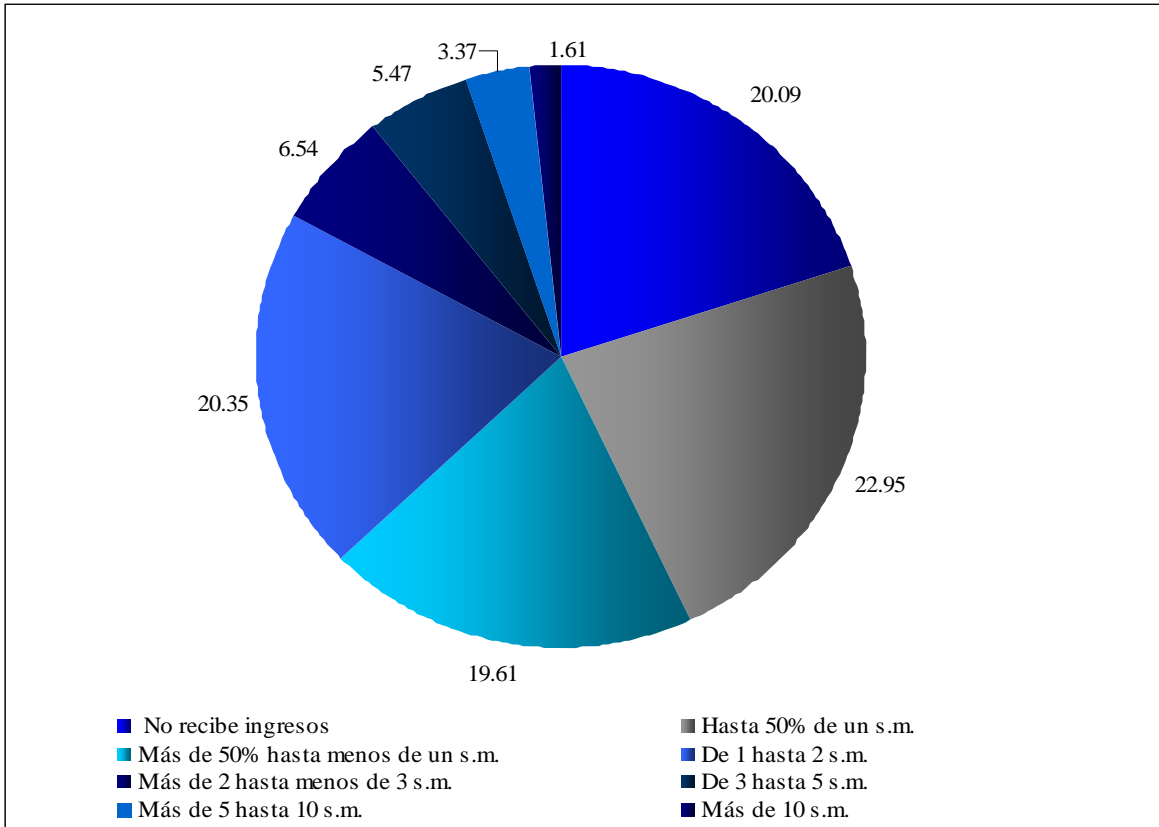
Gráfica 2.8. Distribución de los Adultos Mayores según Ingreso por Trabajo en Salarios Mínimos, Hombres, 2000



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

En la gráfica 2.9 se especifica la proporción de adultas mayores mexicanas según sus ingresos expresados en salarios mínimos para el sexo femenino. El sector que no perciben ingresos es de 20.09%; la proporción que perciben hasta medio salario mínimo es de 22.95%, mucho mayor al mismo nivel de ingresos en los hombres; de medio a un salario mínimo 19.61%, también mayor al de los hombres; de uno a dos salarios mínimos 20.35%, aquí es donde la proporción empieza a menguar con respecto a los hombres; de dos a menos de tres 6.54%; de tres hasta cinco 5.47%; más de cinco hasta diez 3.37%; y finalmente, más de diez salarios mínimos 1.61%.

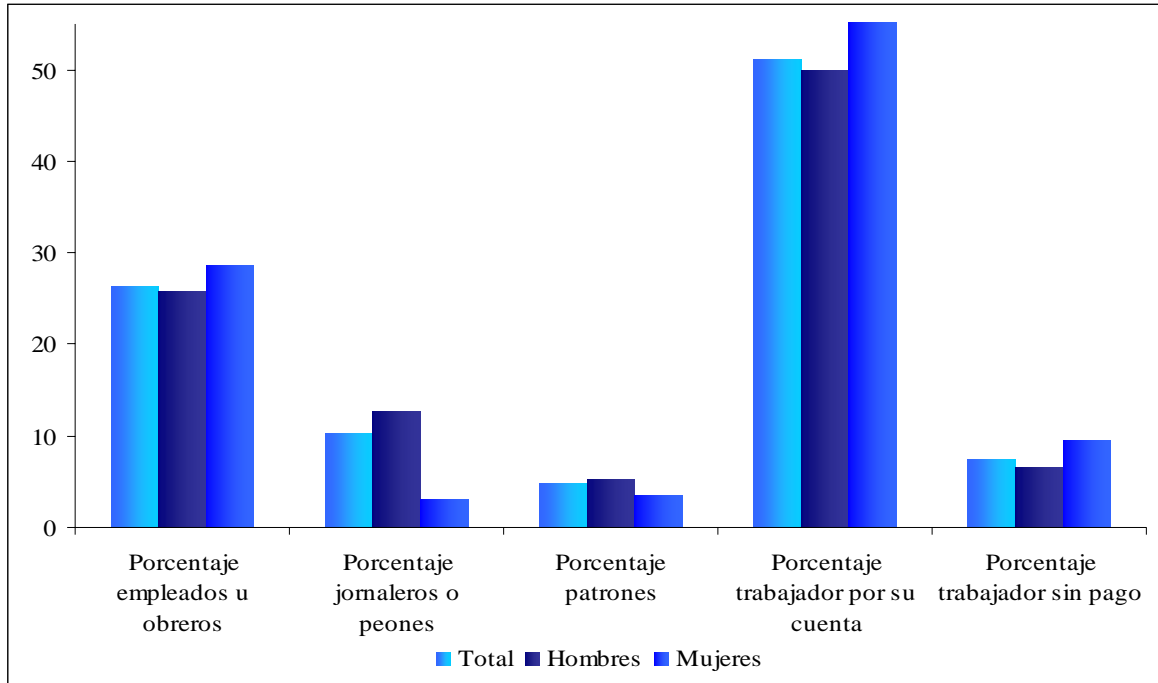
Gráfica 2.9. Distribución de los Adultos Mayores según Ingreso por Trabajo en Salarios Mínimos, Mujeres, 2000



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

En la gráfica 2.10 se describe la proporción de adultos mayores mexicanos ocupados según su situación laboral y distinguida por sexo. Se observa que la gran mayoría de los adultos mayores son trabajadores por su cuenta, con una proporción de 51.07%, el 49.86% de los hombres y 55.18% de las mujeres. Le sigue en proporción el sector de los empleados u obreros con 26.33%; para las mujeres la proporción en este sector es de 28.61%, superior al 25.66% de los hombres. Los adultos mayores mexicanos que son jornaleros o peones son el 10.43%; en este caso la proporción de 12.58% de los hombres es mucho mayor que el 3.12% de las mujeres.

Gráfica 2.10. Distribución de los Adultos Mayores Ocupados por Situación en el Trabajo y Sexo, 2000



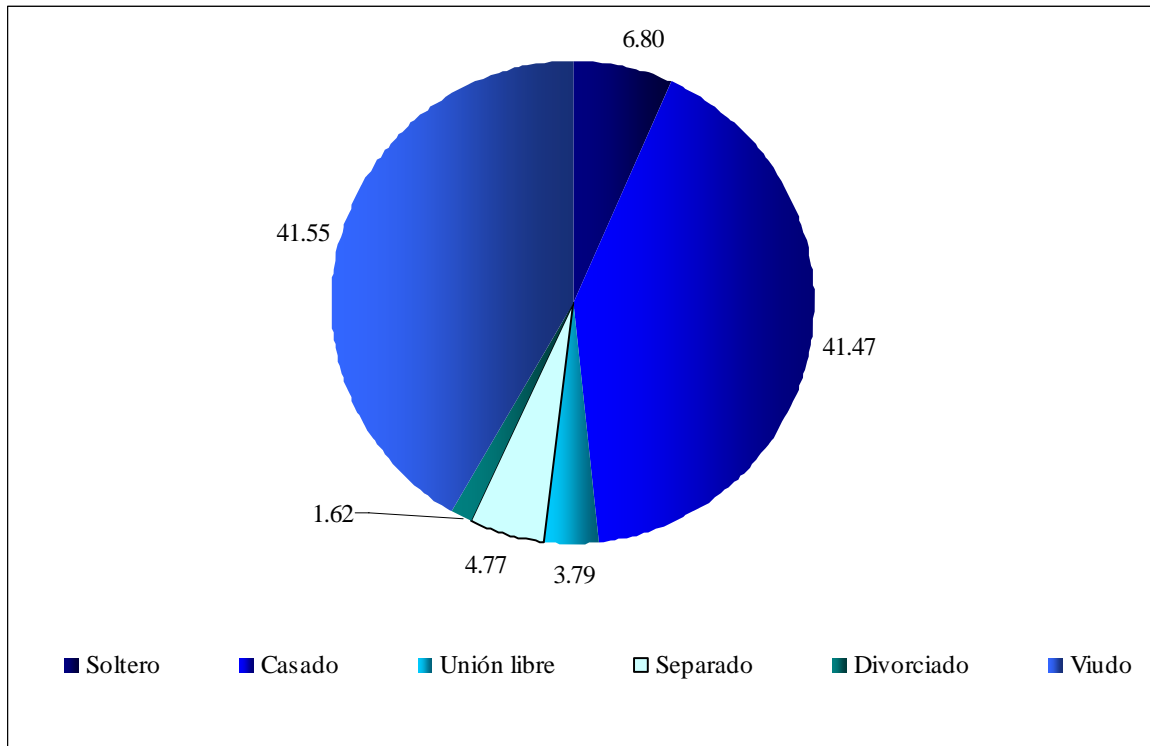
Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

2.2.5 El adulto mayor y la familia

La familia es importante para el adulto mayor mexicano a consecuencia de que es el principal apoyo al menguar las capacidades e incluso la salud del adulto mayor. Por esta razón, es significativo analizar algunos aspectos de la vida en familia de los adultos mayores mexicanos.

En la gráfica 2.11 se muestra en proporción el estado civil de las mujeres adultas mayores mexicanas. La proporción de viudas es de 41.55% solo ligeramente mayor al 41.47% de las adultas mayores casadas. El tercer grupo mas numeroso es el de las adultas mayores solteras con 6.8%; las separadas ocupan el 4.77%; en unión libre vive 3.79%; y, el grupo más pequeño corresponde a las adultas mayores divorciadas con 1.62%.

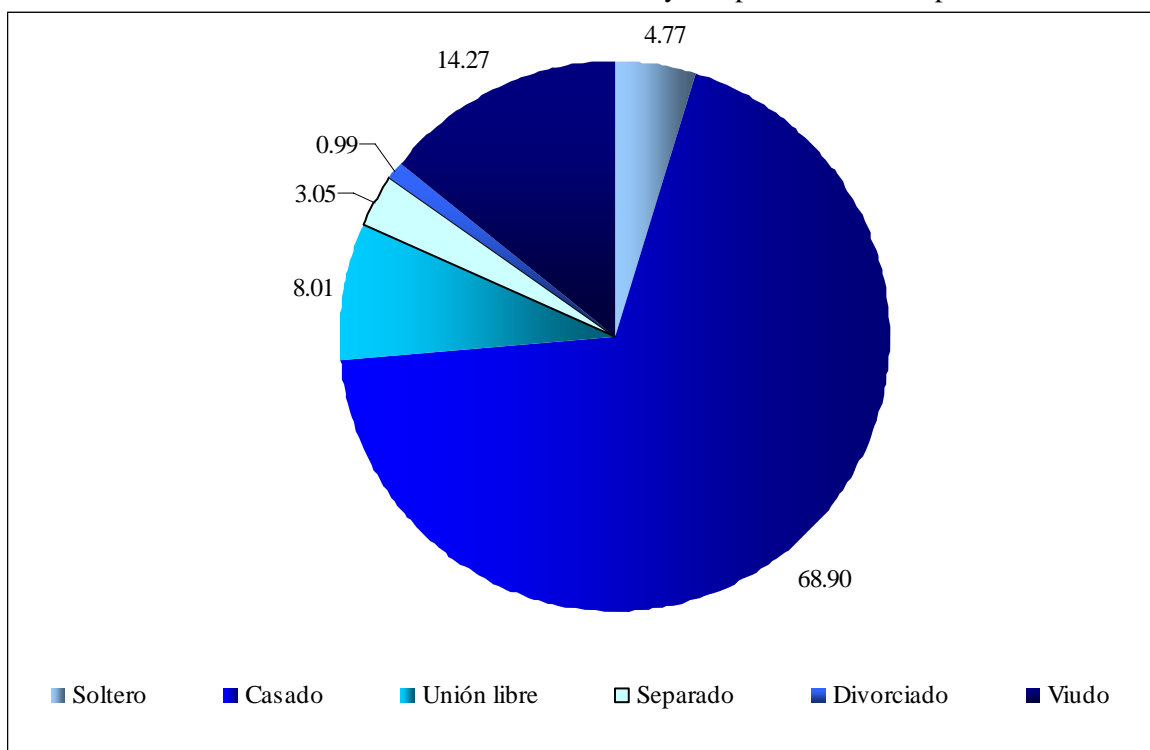
Gráfica 2.11. Distribución Porcentual de los Adultos Mayores por Estado Civil para Mujeres, 2000



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

En la gráfica 2.12 se observa la distribución de los adultos mayores mexicanos varones con respecto a su estado civil. Los hombres adultos mayores casados abarcan la gran mayoría ocupando 68.9%; los viudos ocupan el 14.27%, mucho menor al 41.55% de las mujeres; en unión libre viven 8.01%, considerablemente mayor al presentado por las mujeres. El resto de los sectores es menor en proporción al presentado por las mujeres; los solteros con 4.77%; los separados con 3.05%; y, los divorciados con 0.99%.

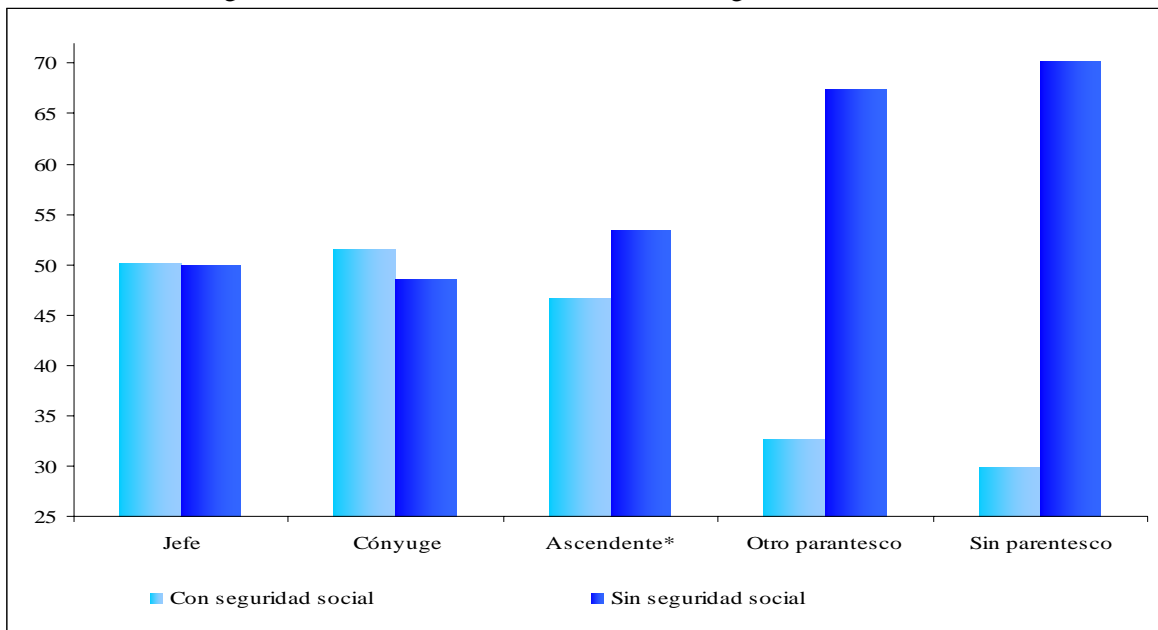
Gráfica 2.12. Distribución Porcentual de los Adultos Mayores por Estado Civil para Hombres, 2000



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

La gráfica 2.13 se exhibe la distribución de adultos mayores mexicanos con respecto a su derechohabiencia a la seguridad social, según el parentesco con el jefe de familia. De los adultos mayores que son jefes de familia, el 50.05% tiene seguridad social; el 51.50% de los adultos mayores que son cónyuges del jefe de familia tienen seguridad social; mientras que los que son padres, madres o suegros de jefes de familia solo tienen seguridad social el 46.59%; de los adultos mayores que tienen algún otro parentesco con el jefe de familia únicamente el 32.64% tiene derecho a seguridad social; por último, los adultos mayores sin parentesco con el jefe de familia son los más desprotegidos en este aspecto dado que sólo el 29.8% tiene seguridad social.

Gráfica 2.13 Distribución de los Adultos Mayores por Parentesco con Respecto al Jefe del Hogar según condición de Derechohabencia a la Seguridad Social, 2000

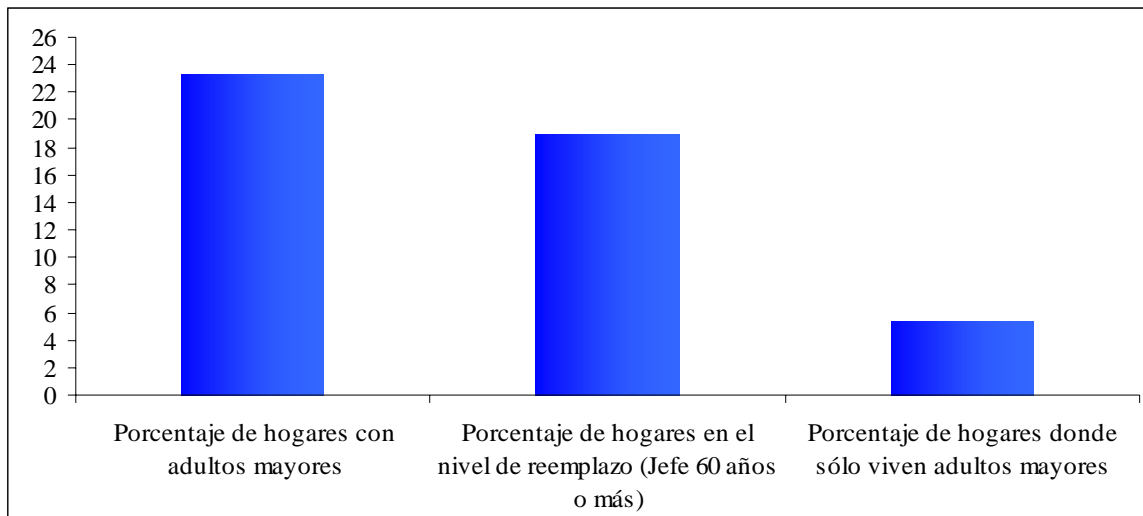


* Padre, madre, suegro o suegra del jefe

Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

En la gráfica 2.14 se muestran las proporciones de hogares con adultos mayores en México, la proporción en la que un adulto mayor es el jefe de familia y la proporción de hogares donde sólo viven adultos mayores. En el 23.28% de los hogares habitan adultos mayores; en el 18.96% el jefe de familia tiene más de 60 años; y, en el 5.36% sólo viven adultos mayores.

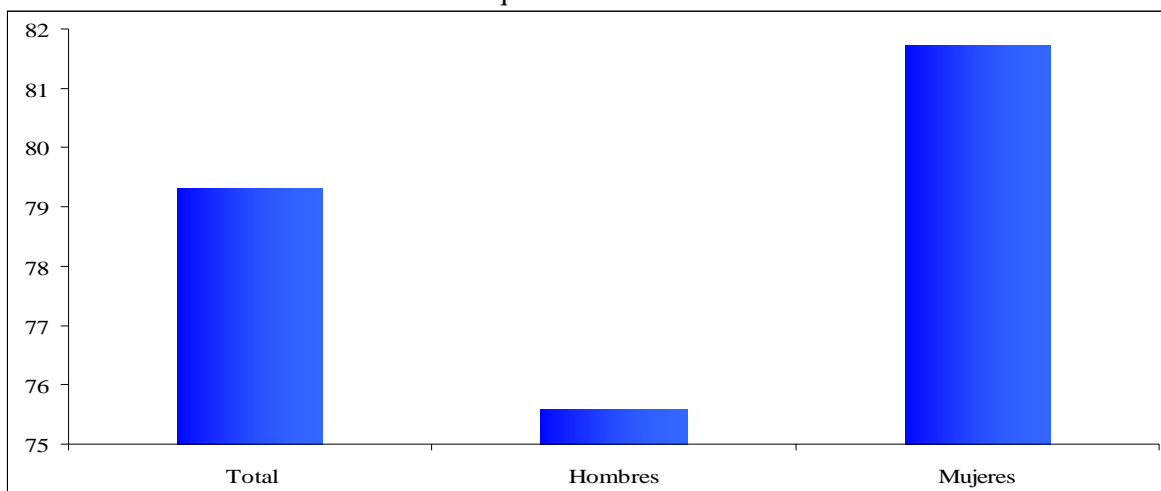
Gráfica 2.14. Proporción de Hogares según Presencia de Adultos Mayores, 2000



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

En la gráfica 2.15 se muestra la proporción de adultos mayores que viven solos y son propietarios de una vivienda. El 79.32% son propietarios de una vivienda, esto no es homogéneo para los diferentes sexos, de los adultos mayores hombres que viven solos el 75.57% son dueños de sus viviendas, mientras para las mujeres el porcentaje aumenta a 81.72%.

Gráfica 2.15. Proporción de los Adultos Mayores con Vivienda Propia entre los Adultos Mayores que Viven Solos



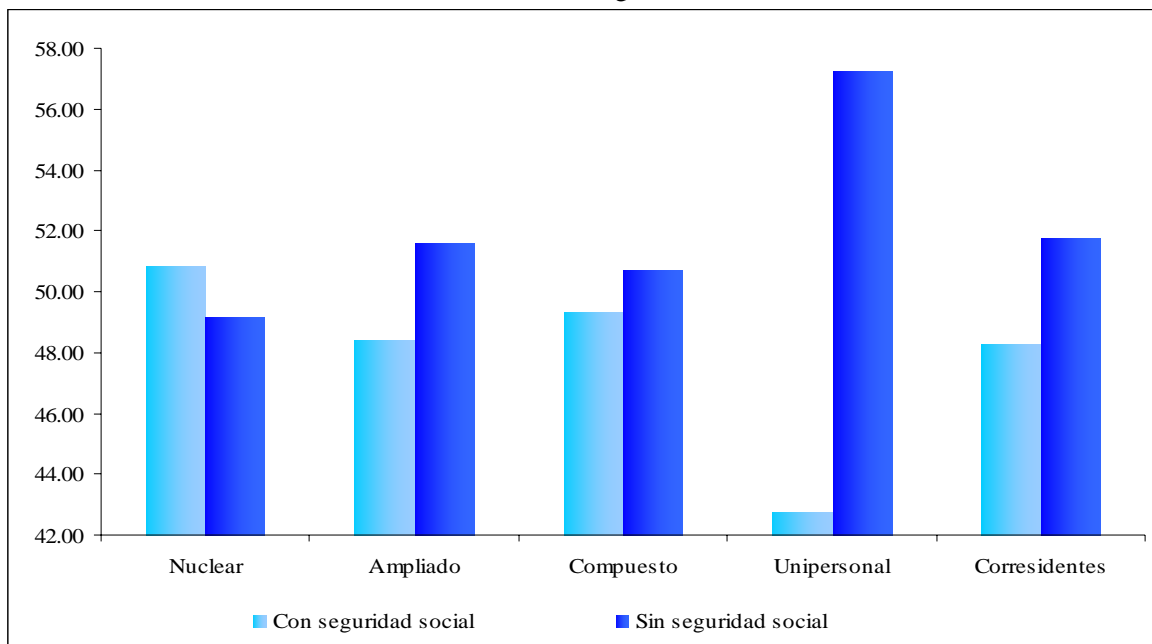
Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Se llama hogar de convivencia familiar si en una misma vivienda habita una familia. Existen varios tipos de hogares de convivencia familiar. El núcleo familiar está integrado por el jefe de familia y su cónyuge o por el jefe de familia y sus hijos o al jefe de familia, su cónyuge y los hijos de ambos. El hogar nuclear es el que está integrado por un sólo núcleo familiar. El hogar ampliado esta formado por un hogar nuclear y otros parientes. El hogar compuesto es el que esta formado por un hogar nuclear o ampliado y personas no emparentadas con el jefe de familia. Los hogares unipersonales son los que únicamente se forman por el jefe de familia o en su caso por el jefe de familia y empleados domésticos. Finalmente, los hogares corresidentes son en los que viven personas sin parentesco entre sí.

En la gráfica 2.16 se observa la distribución de los adultos mayores mexicanos según el tipo de hogar y si tienen derecho a seguridad social o no. Los más favorecidos en este aspecto son los adultos mayores que viven en un hogar nuclear a consecuencia de que tienen el 50.86% de derechohabiencia; los que viven en hogares compuestos tienen el 49.33% de derechohabiencia; los que viven en hogares ampliados 48.4%, casi el mismo porcentaje que los que viven en hogares corresidentes con 48.27%; por último, los más desfavorecidos son

los que viven en hogares unipersonales con 42.77% de derechohabiencia. Aun así, según esta clasificación todos tienen más del 40% de derechohabiencia.

Gráfica 2.16. Distribución de los Adultos Mayores por Tipo de Hogar según Condición de Derechohabiencia a la Seguridad Social, 2000



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

2.2.6 El cuidador informal

Se pueden distinguir los apoyos a los adultos mayores mexicanos en formales e informales. Los apoyos formales son los programas de las instituciones gubernamentales, de seguridad y asistencia social, y no gubernamentales. Por su parte, los apoyos informales son las ayudas materiales y no materiales otorgadas por corresidentes y no corresidentes que provienen principalmente de familiares, aunque también pueden proceder de amigos, vecinos u otros no familiares. Estos apoyos informales constituyen las principales redes de apoyo de los adultos mayores; sin embargo, estas redes cambian de tamaño y composición con el paso del tiempo, siendo más limitadas a edades más avanzadas.

Según la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del envejecimiento⁵⁵ una proporción importante de adultos mayores de 65 años y más no declaró recibir apoyo informal, seis de cada diez declararon recibir apoyo de corresidentes.

⁵⁵ CONAPO-DIF 1994.

Son las mujeres adultas mayores quienes reportan más ayuda mientras que los hombres muestran más apoyo por el sector formal. El apoyo informal suele aparecer mientras menor apoyo formal exista, igualmente el apoyo no corresidente aparece cuando con la falta de apoyo dentro del hogar, esto aumenta con la edad y con deficiencias en su estado de salud.

Los apoyos no corresidentes aumentan para las personas adultas mayores que trabajan sea o no remunerada la actividad que realicen. También el tamaño de la descendencia es un factor importante pues mientras mayor sea, más apoyos tienen del exterior del núcleo familiar. Todo lo anterior no indica que los apoyos recibidos tanto internos como del exterior del hogar sean oportunos o suficientes para la persona adulta mayor.

La principal forma en que los corresidentes ayudan a los adultos mayores es en la realización de quehaceres domésticos y la provisión de alimentos, los cuidados personales aumentan cuando el estado de salud del adulto mayor es deficiente. Por otro lado, los apoyos no corresidentes suelen ser más de tipo económico, siendo menor la provisión de alimentos, los quehaceres domésticos y la ayuda física.

Sin embargo, no todos los adultos mayores mexicanos que viven en hogares nucleares o ampliados reportan recibir apoyos corresidentes. Casi la mitad de adultos mayores que viven en hogares nucleares no reportó recibir este tipo de ayuda, en el caso de los hogares ampliados fue una tercera parte de los adultos mayores mexicanos los que no reportaron percibir este apoyo. En este contexto, ocho de cada diez adultos mayores sólo cuentan con una o dos personas para realizar tareas de ayuda, lo que hace a estas tareas una labor muy intensa. Esto a pesar de que el adulto mayor haya tenido varios hijos, entre seis y nueve hijos en promedio para esta generación.

La principal fuerza de las redes familiares de las personas adultas son las mujeres, tanto esposas como hijas, menores de 65 años pero con edades previas a las de este grupo de edad. Aunque los hombres también proporcionan ayuda física, doméstica y de alimentación, lo hacen en una proporción mucho menor que las mujeres, pues los primeros las suelen realizar como refuerzo eventualmente y de forma restringida mientras que las mujeres lo hacen comprometidamente.⁵⁶

En la mayoría de los países desarrollados, la transición demográfica y el proceso de envejecimiento de sus poblaciones ha coincidido con una fase de progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral; así como con un incremento de su participación en la

⁵⁶ Verónica Montes de Oca. Las personas adultas mayores y sus apoyos informales. Revista Demos Vol.S/V/No.015

economía, junto con cambios en los roles sociales por género y en el papel tradicional de cuidadora del hogar y de las personas dependientes dentro de las familias.

Los procesos de modernización social y cultural de los países en vías de desarrollo, entre ellos los de América Latina, también se han vinculado, entre otros factores, a los procesos de urbanización, la defensa de los derechos de la mujer, la planificación familiar, la educación sexual y a la implementación de políticas públicas de protección a la mujer.

El ritmo acelerado de estas transformaciones supondrá una presión añadida respecto al papel social de cuidadoras asignado a las mujeres mexicanas, especialmente por su incorporación al mundo laboral, lo cual podría afectar en las próximas décadas a las ayudas prestadas por las redes de apoyo informal a los adultos mayores mexicanos.

2.3 Políticas Públicas de protección social relacionadas con el envejecimiento

En la década de 1970 se identificó el inicio de la transición demográfica; sin embargo, es hasta la década de 1990 cuando el gobierno y la propia ciudadanía comienzan a tomar acciones respecto a este cambio. Diversas organizaciones sociales comenzaron a realizar actividades con el objetivo de sensibilizar a la opinión pública sobre la situación, necesidades y retos a futuro relacionados con los adultos mayores mexicanos.

Se busca cambiar la idea tradicional de que los adultos mayores son personas inactivas, destacando su papel como cuidadores primarios en el seno familiar, su necesidad de ingreso propio suficiente al menguar el apoyo otorgado por redes de apoyo sen intrafamiliares o extrafamiliares, su papel aun vigente como jefe de familia, su conocimiento y su experiencia y un grado de actividad y movilidad buenos.

En cuanto al ámbito gubernamental los cambios empiezan a manifestarse con la aprobación las leyes estatales de protección a la población adulta mayor en Campeche, Ley de Protección a Minusválidos y Senescentes 1993; Oaxaca, Ley de Protección a Discapacitados y Senescentes 1995; y San Luís Potosí, Ley de Protección a la Senectud. Sin embargo, todas estas leyes tienen la visión clásica del adulto mayor y se enfocan a ofrecerles protección y no a darles oportunidades para desarrollarse.

En 1997 el Gobierno del Distrito Federal incluyó en su programa de gobierno una línea de acción enfocada a los adultos mayores. Como parte de su política social estableció la atención a los adultos mayores considerándolos no como un grupo residual de la sociedad, sino como parte estructural de ella. Lo describe como un grupo prioritario por lo que las

acciones encaminadas a esta política deben ofrecer instrumentos dirigidos a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores mediante el reconocimiento de sus derechos, valores y riqueza cultural.

La instrumentación de esta política incluyó programas y acciones en casi todas las áreas del gobierno y se hizo un esfuerzo en que la población sintiera que los servicios y beneficios otorgados no eran actos aislados sino el acopio de sus derechos. Finalmente, en marzo del año 2000 se promulgó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del D.F.

2.3.1 Programas asistenciales del Gobierno Federal

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) es un instrumento que establece los objetivos nacionales, estrategias y prioridades de la Administración Pública para que las acciones que tome el gobierno estén dirigidas en esfuerzos bien definidos. Este plan tiene como uno de sus ejes rectores la “igualdad de oportunidades”⁵⁷ para que todos los mexicanos tengan posibilidad de llevar una vida plena. En este marco, se destacan los objetivos particulares siguientes:

- El objetivo 4 de este eje es “mejorar las condiciones de salud de la población” y hace especial énfasis en la salud de los grupos vulnerables y en acciones preventivas. La segunda estrategia para lograr este objetivo consta de mejorar la participación municipal, estimular y dar lineamientos para la participación social.
- El objetivo 5 de este eje es “brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente” y tiene como tercera estrategia “asegurar recursos humanos, equipamiento, infraestructura y tecnologías de la salud suficientes, oportunas y acordes con las necesidades de salud de la población.”⁵⁸
- El objetivo 7 del eje es “evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal”. Este objetivo hace frente a los altos costos tanto de la atención médica privada como de los medicamentos buscando gradualmente alcanzar la cobertura total en salud mediante un sistema integrado que facilite el servicio.

La primera estrategia para lograr este objetivo es “Consolidar un sistema integrado de salud para garantizar el acceso universal a servicios de alta calidad y proteger a todos los

⁵⁷ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, Eje 3 Igualdad de Oportunidades.

⁵⁸ *Ibid*

mexicanos de los gastos causados por la enfermedad.” Para esto, se deberá integrar y homogeneizar el servicio de cada sistema, además de procurar la universalidad en ellos.

La segunda estrategia consiste en “Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a intervenciones esenciales de atención médica, empezando por los niños.” Siendo preferente los programas del Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación, para esto es necesario redireccionar los recursos de programas no prioritarios. A pesar de que esta estrategia busca la sustentabilidad en un sistema de salud universal, ninguno de los programas prioritarios está dirigido especialmente a adultos mayores, por el contrario el Seguro para una Nueva Generación solo está enfocado a los nacidos después del primero de diciembre de 2006.

La tercera estrategia es “Consolidar el financiamiento de los servicios de alta especialidad con un fondo sectorial de protección contra gastos catastróficos.” Para evitar la pérdida del patrimonio de los mexicanos por una emergencia médica se instituirá un fondo regional de gastos catastróficos en el que participarán todas las entidades de salud, disminuyendo también el riesgo por selección adversa de las instituciones con mayor cobertura y mejor servicio.

Este eje del PND tiene un apartado especial para los grupos vulnerables, dentro de los cuales están considerados los adultos mayores, al dar igualdad de oportunidades estos grupos deben tener la capacidad de mejorar su condición de vida accediendo a servicios de salud, educación y trabajo de acuerdo a sus necesidades. El objetivo decimoséptimo de este eje busca eliminar la marginación de los grupos vulnerables para que de esta manera tengan igualdad de oportunidades y tengan un desarrollo pleno.

La primera estrategia para lograr este objetivo es fomentar el desarrollo de programas y proyectos entre las organizaciones de la sociedad civil y el gobierno que mejoren las condiciones de vida de los grupos vulnerables, dando preferencia a aquellos programas que se enfoquen en el desarrollo de habilidades en los integrantes de estos grupos.

La segunda estrategia es mejorar la seguridad social ampliando el alcance y cobertura de los programas enfocados a los grupos vulnerables fortaleciendo la coordinación entre la Administración Pública Federal, los gobiernos estatales y municipales para dar un servicio integral sin tener duplicidades de atención.

La tercera estrategia consiste en dar prioridad para su apoyo a los adultos mayores mexicanos mayores de 70 años que vivan en áreas rurales de menos de 2,500 habitantes dándoles un apoyo económico bimestral.

La cuarta estrategia busca implementar acciones que favorezcan el empleo de los adultos mayores, como estímulos fiscales para las empresas que den empleo a adultos mayores. Con estas acciones, los adultos mayores podrán mejorar su situación económica, además de disminuir la discriminación y la marginación de este grupo.

La octava estrategia busca la inserción de personas en estado de vulnerabilidad a redes sociales de protección, sin que se descuiden las obligaciones del estado, pero procurando brindar atención por medio de organizaciones civiles.

La novena estrategia da prioridad a los apoyos de tipo alimentario enfocados a los grupos vulnerables incluyendo a adultos mayores mexicanos mayores de 70 años en desamparo.

Llama la atención que aunque el PND toma como grupo vulnerable a los adultos mayores mexicanos, casi todos sus esfuerzos se centran en los mayores de 70 años creando un subgrupo de mayor vulnerabilidad y aceptando el desplazamiento de ésta a los grupos de mayor edad.

2.3.2 Ley de los Derechos a las Personas Adultas Mayores

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores es un instrumento jurídico de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Su objetivo es el garantizar el ejercicio de los derechos de los adultos mayores y establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento.⁵⁹

Los principios rectores en la observación de la ley son la autonomía y autorrealización, es decir, la independencia y desarrollo personal del adulto mayor; la participación, integración del adulto mayor a la vida pública; la equidad, trato justo sin discriminación alguna; la corresponsabilidad, por parte tanto del Estado como de los sectores público y social especialmente el de las familias en el cumplimiento de la ley; por último, la atención preferente, que se refiere a la implementación obligatoria de programas acordes a las diferentes circunstancias de los adultos mayores.⁶⁰

En su artículo quinto esta Ley garantiza los derechos, entre otros, de la salud, la alimentación y la familia; tienen derecho de acceder a alimentos, y otros bienes y servicios necesarios para su atención integral, a acceso preferente a servicios de salud y sus familias tienen derecho a recibir apoyo subsidiario de las instituciones públicas para la atención de

⁵⁹ Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Artículo primero.

⁶⁰ *Ibid.* Art.4

adultos mayores. De la asistencia social; de ser sujetos de programas en caso de perder sus medios de subsistencia y tener acceso a un hogar acorde a sus necesidades. De la participación tanto en las decisiones que afecten el lugar donde viven como de participar en la vida pública y formar organizaciones para promover su desarrollo.⁶¹

En el artículo sexto no sólo se garantiza a los adultos mayores excelentes condiciones de salud, educación, nutrición, vivienda, desarrollo integral, y seguridad social; además, obliga a preparar programas que prevengan las condiciones apropiadas para el retiro de todos los trabajadores.⁶²

El artículo décimo plantea como objetivos de la Política Nacional, con respecto a los adultos mayores, propiciar condiciones para que puedan ejercer sus capacidades en los distintos círculos sociales participando en políticas públicas que les afecten, garantizar los derechos de los residentes o de paso en el territorio nacional, promover la defensa y representación de sus intereses.

Esta Ley busca establecer las bases para la planeación de acciones entre instituciones para conseguir una buena coordinación entre ellas impulsando una atención integral promoviendo su incorporación a la sociedad y propiciando la equidad de género. Cabe resaltar que también se fomenta en la sociedad un mayor aprecio y sensibilidad hacia la vejez para evitar la discriminación especialmente hacia la mujer.

También es su objetivo fortalecer las redes de apoyo a los adultos mayores, tanto familiares como sociales e institucionales, para garantizar la asistencia a las personas que por sus características requieran protección especial. Animará a la permanencia de los adultos mayores en su núcleo familiar y en su comunidad siempre que así lo deseen e impulsará la instauración de espacios de expresión especial para adultos mayores.

Por otro lado, se busca la incorporación de los adultos mayores al mercado laboral impulsando programas especiales para la educación y capacitación de los adultos mayores, asentando las bases para asignar beneficios sociales, descuentos y exenciones y programas compensatorios que beneficien a adultos mayores rezagados. En este sentido, se promueven tanto investigaciones sociales sobre los problemas de los adultos mayores que sirven para desarrollar programas en su beneficio como las disciplinas que impulsen la formación en geriatría y gerontología para garantizar los servicios de salud necesarios.⁶³

⁶¹ *Ibidem.* Art. 5

⁶² *Ibidem.* Art.6

⁶³ *Ibidem.* Art.10

El artículo 16 de esta Ley menciona que la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) tiene la obligación de fomentar la participación de los sectores social y privado en la promoción, seguimiento y financiamiento de los programas de atención a las personas adultas mayores; promover en coadyuvancia con la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), la suscripción de Convenios Internacionales en materia de atención a las personas adultas mayores, y establecer convenios de colaboración con instituciones y organismos públicos, sociales y privados para acciones de atención dirigidas a las personas adultas mayores.⁶⁴

El artículo 18 obliga a las Instituciones Públicas del Sector Salud a garantizar a los adultos mayores el derecho a la prestación de servicios, en especial los de prevención y detección oportuna de enfermedades típicas de este sector; esto con la finalidad de promover un envejecimiento saludable; acceso a áreas especializadas en atención a adultos mayores, una cartilla médica de salud y autocuidado con los datos sobre el régimen que lleva el paciente y que se utilizará por igual en instituciones públicas o privadas, mecanismos interinstitucionales para distribución de medicamentos, según nivel socioeconómico; capacitación en autocuidado de la salud; apoyo a las organizaciones que se dediquen a la atención de la salud física o mental de los adultos mayores; y, gestiones que protejan a adultos mayores en situación de vulnerabilidad social o familiar

Finalmente, en el artículo 18 se mencionan los cuidados que los adultos mayores deben recibir por parte de su familia, los responsables de su atención, o en su caso, de las instituciones que los tengan a su cargo. En este sentido, expone que los adultos mayores tienen derecho a ser examinados al menos una vez al año y de estar enfermos recibir los tratamientos necesarios, cuidando la confidencialidad, haciéndolos partícipes de las decisiones respecto a su estado de salud y fomentando una adecuada alimentación.⁶⁵

2.3.3 Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en su artículo 24 describe la creación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) como un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines.

⁶⁴ *Ibidem*. Art.16

⁶⁵ *Ibidem* . Art.18

En su artículo 25 lo nombra organismo rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores teniendo como objetivo coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de las personas adultas mayores. Este mismo artículo impulsa el desarrollo humano integral de los adultos mayores que describe como el proceso tendiente a brindar a este sector de la población, empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género, que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.⁶⁶

El artículo 26 le da custodia sobre todo el territorio nacional aunque con domicilio legal en el Distrito Federal⁶⁷. Mientras que el artículo 28 le otorga al Instituto las atribuciones necesarias para el cumplimiento de su objetivo.

Entre sus atribuciones se tienen las siguientes:⁶⁸

- Incitar acciones que promuevan el desarrollo humano integral de los adultos mayores contribuyendo a que sean valoradas y utilizadas en diferentes ámbitos. Así como proteger y asesorar a los adultos mayores al hacer una denuncia o cualquier otra asesoría jurídica junto con las instituciones que correspondan.
- Dar consulta y asesoría obligatoriamente a dependencias y entidades de la Administración Pública con programas o acciones enfocados a adultos mayores y voluntariamente a organizaciones del sector social o privado enfocadas a este sector.
- Crear parámetros para analizar y evaluar las políticas enfocadas en los adultos mayores; además, jerarquizar los objetivos de éstas.
- Requerir propuestas y opiniones sobre los programas y acciones de atención a adultos mayores a las entidades de los diferentes niveles de gobierno dedicadas a la atención de los adultos mayores y a cualquier persona interesada en la vejez.
- Diseñar y evaluar directrices, estrategias, programas, proyectos y acciones en beneficio de las personas adultas mayores; así como proponer los criterios para asignar los fondos para el cumplimiento de la política sobre adultos mayores.

⁶⁶ *Ibidem*. Art.25

⁶⁷ *Ibidem*. Art.26

⁶⁸ *Ibidem* . Art.28

- Crear y promover campañas que fortalezcan valores como solidaridad, integración y apoyo familiar en la vejez; los aportes de los adultos mayores en todos los ámbitos e impulsar la protección de sus derechos.
- Fomentar las investigaciones y publicaciones gerontológicas.
- Promover en coordinación con las autoridades competentes, que la prestación de los servicios y atención que se brinde a las personas adultas mayores, en las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro de atención, se realice con calidad y cumplan con sus programas, objetivos y metas para su desarrollo humano integral.
- Brindar asesoría y orientación en la realización de sus programas y la capacitación que requiere el personal de las instituciones, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier otro centro que brinden servicios y atención a las personas adultas mayores. Realizar visitas de inspección y vigilancia a instituciones públicas y privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier centro de atención a las personas adultas mayores para verificar las condiciones de funcionamiento, capacitación de su personal, modelo de atención y condiciones de la calidad de vida. Hacer del conocimiento de las autoridades competentes, de las anomalías que se detecten durante las visitas realizadas a los lugares que se mencionan en la fracción anterior; podrá también hacer del conocimiento público dichas anomalías.
- Establecer principios, criterios y normas para la elaboración de información y estadística; así como metodologías y formulaciones relativas a la investigación y el estudio de la problemática de las personas adultas mayores. Analizar, organizar, actualizar, evaluar y difundir la información sobre las personas adultas mayores relativa a los diagnósticos, programas, instrumentos, mecanismos y presupuestos, los cuales podrán consultar y que se coordinarán con el INEGI y CONAPO. Elaborar y mantener actualizado el diagnóstico; así como promover estudios e investigaciones especializadas sobre la problemática de las personas adultas mayores, para su publicación y difusión.
- Celebrar convenios con los gremios de comerciantes, industriales o prestadores de servicios profesionales independientes, para obtener descuentos en los precios de los bienes y servicios que presten a la comunidad a favor de las personas adultas mayores. Expedir credenciales de afiliación a las personas adultas mayores con el fin de que gocen de beneficios que resulten de las disposiciones de la presente Ley y de otros ordenamientos jurídicos aplicables.
- Promover la inclusión de consideraciones, criterios y previsiones sobre las demandas y necesidades de la población de las personas adultas mayores en los

planes y programas de desarrollo económico y social de los tres órdenes de gobierno.

- Establecer convenios de coordinación con los gobiernos estatales, con la participación de sus municipios, para proporcionar asesoría y orientación para el diseño, establecimiento y evaluación de modelos de atención, así como de las políticas públicas a implementar. Promover la coordinación de acciones y programas que realicen otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales y municipales y del Distrito Federal, que tengan como destinatarios a las personas adultas mayores, buscando optimizar la utilización de los recursos tanto materiales como humanos y evitar la duplicidad de acciones.
- Establecer reuniones con instituciones afines, nacionales e internacionales, para intercambiar experiencias que permitan orientar las acciones y programas en busca de nuevas alternativas de atención. Promover y difundir las acciones y programas de atención integral a favor de las personas adultas mayores, así como los resultados de las investigaciones sobre la vejez y su participación social, política y económica. Promover la participación de las personas adultas mayores en todas las áreas de la vida pública, a fin de que sean copartícipes y protagonistas de su propio cambio.
- Elaborar y proponer al titular del Poder Ejecutivo Federal, los proyectos legislativos en materia de personas adultas mayores, que contribuyan a su desarrollo humano integral y expedir su Estatuto Orgánico.

En su artículo 38 dota al Instituto de un Consejo Ciudadano integrado por diez personas adultas mayores destacadas en el área que se desempeñen y representadas por ambos géneros, equitativamente. Los elegirá el Consejo Directivo mediante convocatoria formulada a instituciones públicas o privadas y su cargo como consejeros y es de carácter honorario. Este consejo ciudadano deberá dar su opinión acerca del seguimiento a los programas y obtener y presentar al Consejo Directivo las propuestas hechas por la ciudadanía con respecto a los adultos mayores.⁶⁹

2.3.4 Derechos humanos y violencia: percepción de discriminación contra los adultos mayores

La Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México se levantó en 2005 con un tamaño de la muestra de 5,608 personas, de las cuales 761 (12%) eran adultos mayores. Su

⁶⁹ *Ibidem.* Art.38

objetivo es explorar las situaciones de discriminación contra mujeres, indígenas, personas con discapacidad, pobres, adultos mayores, homosexuales y minorías religiosas.

En esta encuesta se entiende “discriminación” como la situación en que, por prejuicios, a una persona o grupo de personas se les da un trato desfavorable, generalmente por pertenecer a una categoría social específica. El 68.4% de las personas asocian la palabra “discriminación” como tratar diferente o negativamente a las personas.

En promedio, 9 de cada 10 mujeres, personas con discapacidad, indígenas, homosexuales, adultos mayores y pertenecientes a minorías religiosas opina que existe discriminación por su condición (90%). Prácticamente, una de cada tres personas pertenecientes a estos grupos dice haber sufrido discriminación por su condición, en el último año (30.4%). Una de cada tres personas pertenecientes a estos grupos ha sido discriminada en el trabajo por su condición (30%).

El 40.5% de personas considera a los ancianos como más desprotegidos en México, seguido por un 15.6% a los indígenas, 14.5% a las personas con discapacidad y 10.8% a los enfermos de sida. Es decir, que los ancianos son el grupo considerado más desprotegido. Asimismo, el 48.4% de personas no estaría dispuesto a convivir con homosexuales, 42.1% con extranjeros, 38.3% con personas con ideas políticas distintas a las suyas y 36.2% con personas de otra religión. Destaca que la sociedad no percibe problema alguno por vivir con adultos mayores.

Por otro lado, al explorarse los grupos que pueden generar conflictos, 16.4% de los entrevistados enuncia que alguna vez ha tenido problemas con personas que tienen ideas políticas diferentes, 15.5% ha tenido problemas con personas de otra religión, 14.6% con personas de otra condición económica y sólo 4.5% de los encuestados ha tenido problemas con otra persona por ser adulto mayor.

En cuanto a la percepción de ser discriminado, 94.7% de homosexuales se sienten discriminados; así como 94.4% de personas con discapacidad; 94.2% de mujeres; 90.8% de indígenas; 88.4% de adultos mayores; y, 80.4% de minorías religiosas. Ante esto, en el último año, 42.5% de homosexuales han sufrido un acto de discriminación por su condición, frente a un 32.9% de personas con discapacidad, 31.5% de indígenas, 24.5% de adultos mayores, 21.5% de minorías religiosas y 15.1% de mujeres.

Por lo que respecta a discriminación en el trabajo, 53.4% de personas con discapacidad han sido discriminadas por su condición, 40.1% de homosexuales, 25.1% de adultos mayores, 22.8% de mujeres, 17.2% de minorías religiosas y 7.3% de indígenas. De hecho, el

principal derecho que se percibe como no respetado es el derecho al trabajo, de acuerdo con los homosexuales, adultos mayores, indígenas y mujeres.

Con respecto a los ancianos, 69.2% de los encuestados consideraron que el gobierno tiene que ayudarles a encontrar trabajo, 48.2% opina que son los adultos mayores quienes más dificultades tienen para conseguir un trabajo y 73.2% consideran que publicar límites de edad en los anuncios de oferta de trabajo, es una violación a los derechos de las personas.

A primera vista parece que el mexicano promedio tiene gran consideración por los adultos mayores, dado que considera que son el grupo más desprotegido de la sociedad. Asimismo, 35.6% de los encuestados manifestó que, en su opinión, los adultos mayores son el grupo que más sufre por su condición. Sin embargo, 88.4% de ellos opinan que, en México, sí hay discriminación en su contra.

El 77.2% de ellos opinan que una persona de edad mayor tiene pocas, o nulas, posibilidades de mejorar sus condiciones de vida, 40.4% se sienten rechazados por la sociedad y 50.8% dicen tener menor libertad que el resto de miembros de su familia. Asimismo, a 40% de los adultos mayores no se les han respetado sus derechos en México y 91.2% de ellos creen tener menos oportunidades para conseguir un trabajo que el resto de las personas.

Por orden de importancia, los mayores sufrimientos de los adultos mayores son la pobreza (30.2%), la falta de trabajo (25.8%), el abandono de familiares (16.1%), la discriminación (10.6%), las enfermedades (4.7%), la violencia familiar (4.1%), no tener alojamiento seguro (3.8%), problemas de los hijos (2.9%), no valerse por sí mismo (1.4%) y otros (0.4%).

Por otro lado, considerando una escala del uno al diez, los lugares donde han sido más discriminados los adultos mayores son: en el trabajo (7.77), en los hospitales públicos (6.53), en la escuela (5.95) y en la familia (5.92). En el ámbito familiar la discriminación se manifiesta en no permitirles participar en las conversaciones (21.2% ha vivido esta situación), en dejarle las tareas de la casa (17.6%), en darle menor libertad que al resto de la familia (17.2%) y en obligarle a trabajar (7.5%). Aun así, a 41% de los adultos mayores les parece justo ser discriminado por su familia. Por último, 68.8% de los adultos mayores consideran que la discriminación no ha disminuido en los últimos cinco años.⁷⁰

⁷⁰ Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, mayo 2005.

CAPÍTULO III. VIABILIDAD ECONÓMICO-FINANCIERA SOBRE UN ESQUEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL A LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES MEXICANOS.

3.1 Introducción

El último capítulo está dividido en dos secciones, en la primera se define el Esquema de Protección Social en Salud. En la segunda sección se realiza el análisis costo-beneficio del esquema propuesto en la primera sección.

3.2 Esquema de Protección Social a la Salud

La misión de un Esquema de Protección Social a la Salud debe establecer políticas públicas para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores mediante el reforzamiento de los servicios actuales y la implementación de modelos innovadores de atención a la salud, con una perspectiva social y a un costo aceptable para las instituciones responsables y la sociedad. Por ello, el esquema debe orientarse a los siguientes objetivos:

1. Establecer las condiciones financieras, recursos humanos y de infraestructura que garanticen la factibilidad en la implementación de políticas, programas y servicios de protección y atención social en salud de los adultos mayores;
2. Fortalecer los actuales programas gubernamentales y servicios; así como la prevención y promoción del envejecimiento saludable para la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores mexicanos,
3. Mejorar la medicina familiar y hospitalaria con el fin de lograr una atención integral y especializada que favorezca la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores,
4. Ofrecer servicios sociales adecuados a las necesidades de los adultos mayores, para el mantenimiento y mejora de su autonomía personal, calidad de vida, bienestar y la permanencia en su entorno habitual de convivencia;
5. Desarrollar prestaciones de protección social a los adultos mayores mexicanos y sus familias para la prevención de los procesos de vulnerabilidad derivados de las situaciones de dependencia del adulto mayor;
6. Facilitar el intercambio educativo y cultural de los adultos mayores con la sociedad en su conjunto para el aprovechamiento del tiempo libre terapéutico y la promoción del sentimiento de utilidad social;

7. Fomentar la participación social de los adultos mayores en las instituciones públicas y las iniciativas sociales, con el fin de contribuir al reconocimiento de sus derechos y dar respuesta a sus necesidades

En este contexto, los Esquemas de Protección Social a la Salud de los adultos mayores mexicanos que se proponen y evalúan, por su viabilidad y factibilidad, son: Programas de Envejecimiento; Atención médica y hospitalización; Servicios de atención a domicilio (SAD); Centro de Atención Gerontológico; Residencia; y, Teleasistencia.

3.2.1 Programas de Envejecimiento

Estos programas incluyen el Programa de Envejecimiento Pleno⁷¹ y el Programa de Envejecimiento Saludable. El objetivo del primero es propiciar el fortalecimiento de las capacidades personales, familiares, profesionales y de las redes sociales de apoyo institucionales y comunitarias, para conservar y/o mejorar el grado de autonomía y la calidad de vida del adulto mayor, con mayor salud, independencia y dignidad, mediante el fomento de la participación social organizadora de los servicios de atención. Incluye los siguientes subcomponentes: Centro de Atención Gerontológico; Centro de Envejecimiento Activo (CEA); Círculos de Adultos Mayores (CAM); formación de promotores de apoyo gerontológico; formación de cuidadores y acompañantes de adultos mayores; y, grupos de ayuda mutua mediante un programa de Redes Sociales de Apoyo⁷².

Por otro lado, el Programa de Envejecimiento Saludable tiene como objetivos reforzar las actividades grupales, talleres y/o grupos de autoayuda de adultos mayores por medio de actividades e intervenciones de educación en salud y educación social; estas actividades dirigidas a grupos de adultos mayores, buscan favorecer una visión integral de la salud del adulto mayor a través de procesos grupales de prevención y promoción del envejecimiento saludable. En el programa deben existir acciones programadas como: promoción y cuidado de la salud; incorporación a grupos de ayuda; nutrición, prevención y control de enfermedades evitables por vacunación y enfermedades prevalentes; y finalmente,

⁷¹ Este programa permite a las personas conservar y desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo del ciclo vital, así como, participar en la sociedad de acuerdo con sus derechos, necesidades, capacidades y anhelos proporcionando protección, seguridad y cuidados adecuados.

⁷² El programa de Redes Sociales de Apoyo tiene como propósito la mejora de las actuales actividades e intervenciones socio-comunitarias con los adultos mayores y sus redes de apoyo informal (familiares, allegados y comunidad), a través de acciones que fomenten la sensibilización social, la participación comunitaria de los adultos mayores, la cooperación de las familias con adultos mayores y las relaciones intergeneracionales, con el objetivo de conformar redes comunitarias para la integración de los adultos mayores con sus familiares, sus vecinos y amigos, y con las organizaciones de la sociedad civil y otros agentes sociales.

detección de enfermedades como el cáncer de mama, cérvico-uterino, diabetes e hipertensión arterial.⁷³

3.2.2 Atención Médica y Hospitalización

La atención médica es un servicio integral que incluye distintos servicios de atención a la salud con el objetivo de proveer al adulto mayor una oferta de servicios médicos básicos para la atención a su salud como: consulta ambulatoria,⁷⁴ consulta de especialidades,⁷⁵ y consulta dental⁷⁶

Por otro lado, la atención hospitalaria se produce cuando un adulto mayor ingresa a un hospital, definido como un servicio que cuenta con camas para atender pacientes internos, se le proporciona atención médica y cuidados continuos de enfermería con el fin de ser diagnosticado y recibir tratamientos.⁷⁷

La atención médica, tanto ambulatoria como de hospitalización, puede recibirse en el domicilio del paciente, cuando éste, por alguna razón, no puede trasladarse hasta el consultorio del médico.

3.2.3 Servicios de Atención a Domicilio (SAD)

Es un servicio básico del sistema de servicios sociales que presta una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, psicosocial, educativo, doméstico y técnico a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno natural.⁷⁸

Esencialmente, los SAD consisten en ofrecer una ayuda personal y determinados servicios en el domicilio de ciertos individuos (personas mayores, discapacitadas, enfermas, etcétera) cuya independencia funcional se encuentra limitada o que atraviesan una situación de crisis

⁷³Estudio de Viabilidad Económica y Factibilidad Técnica para el Diseño del Plan Gerontológico Institucional 2006 – 2025 del IMSS.

⁷⁴ Es la atención que ejecuta el médico a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o a domicilio con objeto de proporcionar asistencia médica o procedimientos preventivos.

⁷⁵ Atención impartida por los médicos de especialidades y subespecialistas a un paciente en consultorio.

⁷⁶ Atención que imparte un odontólogo a los pacientes en un consultorio.

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Ibidem.

personal o familiar. Por ello, es preciso planificar cada caso, para adaptar con flexibilidad los apoyos necesarios a las peculiaridades concretas del ámbito en el que se interviene y de las circunstancias que rodean a cada persona en su contexto familiar.

Se trata de servicios y técnicas profesionales. Ello quiere decir que es necesario, en primer lugar, que cada intervención realizada sea programada, supervisada y evaluada periódicamente por profesionales adecuados (enfermeros, trabajadores sociales). En segundo lugar, que los auxiliares o trabajadores que realizan las tareas planificadas deben haber tenido una fase de formación para desempeñar este trabajo. Los servicios y técnicas básicos de intervención consisten en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar, así como las relaciones con el entorno.

La atención personal se desarrolla en actividades de: compañía, conversación y escucha activa, paseos y, sobre todo, asistencia en las principales actividades de la vida diaria, como levantarse/ acostarse, bañarse, vestirse, comer, higiene íntima, etcétera. Cuando se cuida a un adulto mayor que sufre una situación de dependencia importante, hay que llevar a cabo cuidados especiales, como cambios posturales, movilizaciones, orientación temporal y espacial, etcétera.

La atención doméstica consiste en tareas como: limpieza de la casa, compra de alimentos, cocinar, lavar, planchar, etcétera. Una parte de la atención doméstica puede ser realizada mediante servicios de comidas o lavandería a domicilio, a través de contratos o acuerdos con alguna entidad de la zona.

Este servicio tiene como objetivo principal el procurarle al adulto mayor la posibilidad de continuar en su entorno natural con el apoyo de personas que lo ayuden con las tareas del hogar y con la realización de las actividades básicas de la vida diaria. A continuación se enlistan los objetivos específicos más importantes:

1. Incrementar la autonomía de la persona atendida, y la de su familia, para que aquélla pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible manteniendo control sobre su propia vida;
2. Conseguir cambios conductuales en la persona con el fin de mejorar su calidad de vida;
3. Facilitarle la realización de tareas y actividades que no puede realizar por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión;
4. Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene y ejercicio físico);
5. Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes nihilistas y autocompasivas.

3.2.4 Centro de Atención Gerontológico

Es un modelo idóneo para desarrollar conocimiento, experiencia y capacitación, que ofrece diversas alternativas, donde los problemas de salud serán abordados mediante servicios de valoración gerontológica interdisciplinaria e integral; y con servicios que promueven el envejecimiento activo y saludable, a través de actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención social. Los principales objetivos son:

1. Brindar servicios de valoración gerontológica interdisciplinaria e integral.
2. Brindar atención especializada no residencial durante el día, a las personas mayores con limitaciones en su funcionalidad.
3. Brindar atención interdisciplinaria e integral con personal capacitado, con participación de los adultos mayores, sus familias y miembros de su comunidad, por medio de intervenciones individuales y grupales, a través del fortalecimiento de redes familiares y el desarrollo de redes sociales institucionales (formales) y comunitarias (no formales).
4. Contener pérdidas funcionales en los adultos mayores y favorecer su rehabilitación y mantenerlos con bienestar en su medio habitual de convivencia.
5. Proporcionar apoyo que permita el relevo del cuidador primario y evite la carga de los cuidados.

3.2.5 Residencia

De acuerdo con el Libro Blanco de la Dependencia de España, se identifica el objetivo de “mantener o mejorar la autonomía personal, atender las necesidades básicas de salud de los adultos mayores y facilitar su integración y participación social en el medio”. Por medio de centros en los que viven de forma definitiva o temporal personas con distinto nivel de dependencia y en los que se presta una atención integral.

Existe una gran variedad de servicios que están en función, especialmente, del tamaño de los centros. Sin embargo, hay un conjunto de servicios indispensables a todos ellos que se agrupan en servicios básicos, terapéuticos y complementarios. Entre los servicios básicos se ofrecen los siguientes: manutención; alojamiento; asistencias en las ABVDs; transporte accesible; gimnasio. En cuanto a los servicios terapéuticos, deben existir atención social, atención psicológica, atención en salud, terapia ocupacional y cuidados de salud. Los servicios complementarios varían en función del tamaño, ubicación de la Residencia. Son servicios complementarios algunos como los siguientes: podología, cafetería y peluquería.

3.2.6 Teleasistencia

La Teleasistencia tiene como objetivo ofrecer seguridad y tranquilidad ante situaciones de riesgo; además de propiciar la permanencia en el domicilio de los adultos mayores, evitando la innecesaria institucionalización. Este servicio se ofrece a personas con dependencia leve. La atención telefónica ininterrumpida al adulto mayor le permite mantener comunicación inmediata y respuesta adecuada ante situaciones de riesgo.⁷⁹

La oferta de servicio está condicionada a un equipo telefónico adecuado siempre disponible para el adulto mayor, de tal manera que al oprimirlo se envíe una señal de alarma a la terminal, donde automáticamente se establece la solución pertinente y, en su caso, se proporcione la ayuda oportuna necesaria.

La Teleasistencia constituye un importante elemento de seguridad y tranquilidad, sobre todo para las personas mayores que viven solas o pasan gran parte del día sin ninguna compañía y que son susceptibles de encontrarse en situación de riesgo por fragilidad o dependencia.⁸⁰

3.3 Análisis costo-beneficio del Esquema

3.3.1 Metodología

La metodología considerada para el diseño de la oferta es denominada *Balance of Care* (BoC). En dicha metodología se consideran tres ejes principales:

- 1°. Las personas que requieren de los servicios de atención social a la salud pueden ser atendidas a través de una amplia gama de “opciones de cuidados”, sin existir uno particularmente óptimo, dado que cada una de las opciones se considera igualmente válida;
- 2°. La planificación de los servicios de salud debe ser diseñada a partir de dos perspectivas: un modelo de atención objetivo al que se quiera favorecer y a partir de las preferencias de los usuarios potenciales; y,
- 3°. Una vez diseñado el paquete, el número de recursos, así como el requerimiento monetario para su financiamiento es consecuencia de la estimación realizada.

⁷⁹*Ibidem.*

⁸⁰ Libro Blanco de la Dependencia. España. IMSERSO 2004. pag. 374

Es decir, la utilización del BoC, al ser un modelo dinámico de planificación de recursos a partir de la demanda de servicios de salud, permite la planeación ordenada y progresiva de los insumos y su impacto sobre el financiamiento necesario.

Es así que se plantea la oferta idónea del servicio acotada a ciertas coberturas netas para cada una de las subclases de dependencia, de tal manera que el tomador de decisiones debe diseñar los mecanismos que permitan el acceso a los diferentes servicios por un mayor número de usuarios. Otra consideración relevante se refiere a proporcionar el servicio de acuerdo con el nivel de dependencia, es decir ante una dependencia mayor, es deseable una mayor cobertura del servicio.

Con base en el Estudio de Viabilidad Económica y Factibilidad Técnica para el Diseño del Plan Gerontológico Institucional 2006 – 2025 del IMSS, los perfiles y subclases de dependencia se definen de la siguiente manera:

- *Adulto mayor independiente*: Adultos mayores de 60 años que no tienen ninguna limitación para realizar ABVDs y que pueden presentar problemas hasta en tres AIVDs.
- *Adulto mayor en riesgo de dependencia*: Aquellos adultos mayores de 60 años que presentan problemas para preparar la comida, movilidad fuera del hogar y que viven solos.
- *Adulto mayor en dependencia leve*: Adultos mayores de 60 años que presenten dificultad para realizar una ABVD o que sin tener problemas en ninguna ABVD, necesitan ayuda en el control de medicación y en el manejo del dinero.
- *Adulto mayor en dependencia moderada sin problemas psicogerítricos*: Adultos mayores de 60 años que necesitan ayuda para realizar dos ABVDs y que pueden tener problemas en AIVDs
- *Adulto mayor en dependencia moderada psicogerítrica*: Son personas mayores de 60 años que necesitan ayuda para realizar dos ABVDs; y que además presentan problemas en el manejo del dinero y en control de medicación, junto con desorientación u otros trastornos psicogerítricos.
- *Adulto mayor en dependencia grave*: Son personas mayores que necesitan ayuda para realizar tres o cuatro ABVDs, con independencia de la ayuda que necesiten en la realización de AIVDs.
- *Adulto mayor en dependencia total*: Son personas mayores que necesitan ayuda para realizar cinco ABVDs, con independencia de la ayuda que necesiten en la realización de AIVDs.

Cabe mencionar que cada uno de estos perfiles se define en términos de un conjunto de atributos asociados a las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, adicionados con otras condiciones relacionadas con la salud psíquica y el hecho de vivir solo o no. De esta forma, es posible definir conjuntos específicos que engloben un perfil que puede ser sujeto de medición. En el cuadro 3.1 se muestra la distribución de los adultos mayores mexicanos, según el subperfil de dependencia y soporte familiar.

Cuadro 3.1. Distribución Poblacional de los Adultos Mayores por Sub Perfil Calificado de Dependencia

Perfil de dependencia	Subclases de dependencia	% (ENASEM 2001)	Soporte familiar	% (ENASEM 2001)
Independencia	Independencia	88.0272%	N.A.	88.0272%
Dependencia Leve	Adulto mayor en riesgo	0.4043%	Si	0.0687%
			No	0.3356%
	Dependencia Leve	1.7892%	Si	0.3040%
			No	1.4852%
Dependencia Moderada	Dependencia moderada sin problemas psicogerítricos	2.8723%	Si	0.4880%
			No	2.3843%
	Dependencia moderada psicogerítrica	0.6720%	Si	0.1142%
			No	0.5578%
Dependencia Grave	Dependencia Grave	5.1130%	Si	0.8687%
			No	4.2443%
	Dependencia Total	1.1221%	Si	0.1906%
			No	0.9314%

Fuente: Estudio de Viabilidad Económica y Factibilidad Técnica para el Diseño del Plan Gerontológico Institucional 2006 – 2025 del IMSS.

En el cuadro anterior se observa que la mayoría de los adultos mayores conservan su independencia; por otro lado, para cada subperfil la proporción de adultos mayores que no reciben apoyo familiar es mayor al que si lo hace.

3.3.2 Población objetivo

La población objetivo son adultos mayores mexicanos que carecen de seguridad social. Para los Programas de Envejecimiento Pleno y Envejecimiento Saludable, la población objetivo se restringe además a la población de adultos mayores que carecen de seguridad social que son independientes o presenten dependencia leve o moderada sin problemas psicogerítricos. En el caso de los programas de atención médica, teleasistencia, servicio de atención a domicilio, redes sociales de apoyo, centro de día, centro de envejecimiento activo, residencia, centro de atención nocturna y hospitalización a domicilio; la población objetivo son los adultos mayores mexicanos que carezcan de seguridad social y pertenezcan a comunidades rurales.

3.3.3 Oferta y cobertura

En el cuadro 3.2 se presentan las coberturas sexenales por tipo de localidad y para cada una de las subclases de dependencia basados en el BoC.

Cuadro 3.2. Oferta de Servicios para las Coberturas a Final de Sexenio

Perfil	Subperfil	Soporte familiar	Localidad	Ofertade Servicio	Cobertura 2006-2012		Cobertura 2013-2018		Cobertura 2019-2024		Cobertura 2025-2030		
					%	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes	
Independencia	N. A.	Rural		Programa de Envejecimiento Saludable	50%	969,317	58%	1,421,102	66%	2,074,299	74%	2,932,030	
				Programa de Envejecimiento Pleno	40%	775,454	50%	1,225,088	60%	1,885,726	70%	2,773,542	
		Urbana		Programa de Envejecimiento Saludable	55%	1,292,844	63%	1,871,653	69%	2,629,444	77%	3,699,260	
				Programa de Envejecimiento Pleno	45%	2,159,739	60%	1,782,527	70%	2,667,552	80%	3,843,387	
Dependencia Leve	Adulto mayor en riesgo	Sí	Rural		Programa de envejecimiento Pleno	37%	560	46%	880	55%	1,349	64%	1,979
					Teleasistencia	1%	31	3%	57	7%	172	10%	309
					Programa de Envejecimiento Saludable	40%	605	48%	918	56%	1,374	64%	1,979
			Urbana		Programa de envejecimiento Pleno	25%	459	30%	696	35%	1,041	40%	1,500
					Teleasistencia	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
					Programa de Envejecimiento Saludable	30%	550	35%	812	40%	1,190	45%	1,687
		No	Rural		Programa de envejecimiento Pleno	39%	2,882	49%	4,577	57%	6,830	65%	9,819
					Servicio de atención a domicilio	3%	222	5%	467	7%	839	10%	1,511
					Teleasistencia	3%	222	7%	654	10%	1,198	13%	1,964
			Urbana		Programa de Envejecimiento Saludable	45%	3,326	53%	4,951	59%	7,069	67%	10,121
					Programa de envejecimiento Pleno	35%	3,137	37%	4,191	40%	5,811	43%	7,876
					Servicio de atención a domicilio	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	Dependencia leve	Sí	Rural		Programa de envejecimiento Pleno	37%	2,477	46%	3,892	55%	5,970	64%	8,757
					Teleasistencia	2%	134	4%	338	8%	868	11%	1,505
					Programa de Envejecimiento Saludable	40%	2,678	48%	4,062	56%	6,078	64%	8,757
			Urbana		Programa de envejecimiento Pleno	25%	2,029	30%	3,078	35%	4,606	40%	6,637
					Teleasistencia	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
					Programa de Envejecimiento Saludable	30%	2,435	35%	3,591	40%	5,264	45%	7,466
		No	Rural		Programa de envejecimiento Pleno	39%	12,756	49%	20,256	57%	30,225	65%	43,453
					Servicio de atención a domicilio	4%	1,308	6%	2,480	8%	4,242	10%	6,685
					Teleasistencia	4%	1,308	8%	3,307	11%	5,833	14%	9,359
			Urbana		Programa de Envejecimiento Saludable	45%	14,719	53%	21,910	59%	31,286	67%	44,790
					Programa de envejecimiento Pleno	35%	13,881	37%	18,546	40%	25,718	43%	34,855
					Servicio de atención a domicilio	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Dependencia Moderada	Sin Problemas Psicogeriatricos	Sí	Rural		Centro de En vejecimiento Activo	20%	2,149	30%	4,075	40%	6,969	50%	10,983
					Redes Sociales de Apoyo	15%	1,612	25%	3,396	45%	7,840	60%	13,179
					Atención Médica	30%	3,224	35%	4,754	40%	6,969	45%	9,884
			Urbana		Centro de Día	5%	537	10%	1,358	15%	2,613	20%	4,393
					Centro de En vejecimiento Activo	15%	1,955	25%	4,117	35%	7,394	45%	11,985
					Redes Sociales de Apoyo	15%	1,955	25%	4,117	45%	9,507	60%	15,980
		No	Rural		Atención Médica	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
					Centro de Día	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
					Redes Sociales de Apoyo	20%	10,502	30%	19,910	50%	42,564	70%	75,124
			Urbana		Residencia	34%	17,853	39%	25,882	44%	37,456	49%	52,587
					Residencias	20%	12,734	30%	24,141	50%	51,609	70%	91,089
					Residencia	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
	Psicogeriatrica	Sí	Rural		Atención Médica	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
					Redes Sociales de Apoyo	15%	377	25%	795	45%	1,835	60%	3,084
					Centro de Día con Equipo Especializado	5%	126	10%	318	15%	612	20%	1,028
			Urbana		Centro de Atención Nocturna	0%	0	1%	32	2%	82	3%	154
					Estancias Temporales en Residencia	5%	126	10%	318	15%	612	20%	1,028
					Atención Médica	20%	503	25%	795	30%	1,223	35%	1,799
		No	Rural		Redes Sociales de Apoyo	15%	457	25%	964	45%	2,225	60%	3,740
					Centro de Día con Equipo Especializado	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
					Centro de Atención Nocturna	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
			Urbana		Estancias Temporales en Residencia	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
					Atención Médica	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
					Residencia	1%	123	2%	311	3%	597	4%	1,004
Urbana		Atención Médica	30%	3,685	35%	5,434	40%	7,966	45%	11,298			
		Residencia	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0			
			Atención Médica	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0		

Continúa...

Perfil	Subperfil	Soporte familiar	Localidad	Ofertade Servicio	Cobertura 2006-		Cobertura 2013-		Cobertura 2019-		Cobertura 2025-			
					%	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes	%	Habitantes		
Dependencia Grave	Grave	Sí	Rural	Redes Sociales de Apoyo	15%	2,870	25%	6,045	45%	13,957	60%	23,461		
				Centro de Día	5%	957	10%	2,418	15%	4,652	20%	7,820		
				Estancias Temporales en Residencia	0%	0	1%	242	2%	620	3%	1,173		
				Atención Médica	20%	3,826	25%	6,045	30%	9,305	35%	13,685		
				Estancia Temporal en Servicio de Hospitalización Prolongada	5%	957	10%	2,418	15%	4,652	20%	7,820		
				Hospitalización a Domicilio	5%	957	10%	2,418	15%	4,652	20%	7,820		
				Atención a Domicilio	20%	3,826	30%	7,254	40%	12,406	50%	19,551		
				Redes Sociales de Apoyo	15%	3,480	25%	7,330	45%	16,923	60%	28,446		
				Centro de Día	5%	1,160	10%	2,932	15%	5,641	20%	9,482		
		Urbana	Estancias Temporales en Residencia	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0			
			Atención Médica	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0			
			Estancia Temporal en Servicio de Hospitalización Prolongada	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0			
			Hospitalización a Domicilio	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0			
			Atención a Domicilio	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0			
			No	Rural	Servicio de Hospitalización Prolongada	5%	9,542	10%	11,814	15%	46,410	20%	38,208	
					Residencia	1%	1,908	2%	2,363	3%	9,282	4%	7,642	
					Atención Médica	30%	57,255	35%	41,348	40%	123,760	45%	85,968	
				Urbana	Servicio de Hospitalización Prolongada	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	
	Residencia	0%			0	0%	0	0%	0	0%	0			
	Atención Médica	0%			0	0%	0	0%	0	0%	0			
	Total	Sí			Rural	Redes Sociales de Apoyo	15%	630	25%	1,326	45%	3,062	60%	5,147
						Centro de Día	10%	420	15%	796	20%	1,361	25%	2,145
						Estancias Temporales en Residencia	0%	0	1%	53	2%	136	3%	257
			Atención Médica	34%		1,427	39%	2,069	44%	2,994	49%	4,204		
			Estancia Temporal en Servicio de Hospitalización Prolongada	5%		210	10%	531	15%	1,021	20%	1,716		
			Hospitalización a Domicilio	5%		210	10%	531	15%	1,021	20%	1,716		
			Atención Médica a Domicilio	20%		840	30%	1,592	40%	2,722	50%	4,290		
			Urbana	Redes Sociales de Apoyo		15%	763	25%	1,608	45%	3,713	60%	6,241	
				Centro de Día		0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	
	Estancias Temporales en Residencia	0%		0	0%	0	0%	0	0%	0				
	Atención Médica	0%		0	0%	0	0%	0	0%	0				
	Estancia Temporal en Servicio de Hospitalización Prolongada	0%		0	0%	0	0%	0	0%	0				
	Hospitalización a Domicilio	0%		0	0%	0	0%	0	0%	0				
	Atención Médica a Domicilio	0%		0	0%	0	0%	0	0%	0				
	No	Rural		Servicio de Hospitalización Prolongada	5%	1,026	10%	2,592	15%	4,988	20%	8,385		
				Residencia	1%	205	2%	518	3%	998	4%	1,677		
Atención Médica			40%	8,205	45%	11,666	50%	16,627	55%	23,058				
Urbana		Servicio de Hospitalización Prolongada	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0				
		Residencia	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0				
		Atención Médica	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0				

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Plan Gerontológico Institucional del IMSS y CONAPO.

Estas coberturas buscan alcanzar una meta mayor cada semestre en cuanto al porcentaje de la población objetivo y buscan favorecer a los habitantes de las comunidades rurales al considerarlos en un mayor aislamiento y por tanto una vulnerabilidad superior. Sin embargo no deja de lado a los pobladores de las zonas urbanas en los servicios relacionados con la prevención tales como el Programa de Envejecimiento Saludable y el Programa de Envejecimiento Pleno.

3.3.4 Estructura de costos

Para algunos de los servicios no se cuenta con experiencia en México por lo que se aproxima por la experiencia española y del Estudio de Viabilidad Económica y Factibilidad Técnica para el Diseño del Plan Gerontológico Institucional 2006 – 2025 del IMSS. En el cuadro 3.3 se muestra los costos anuales por usuarios en el año base 2006.

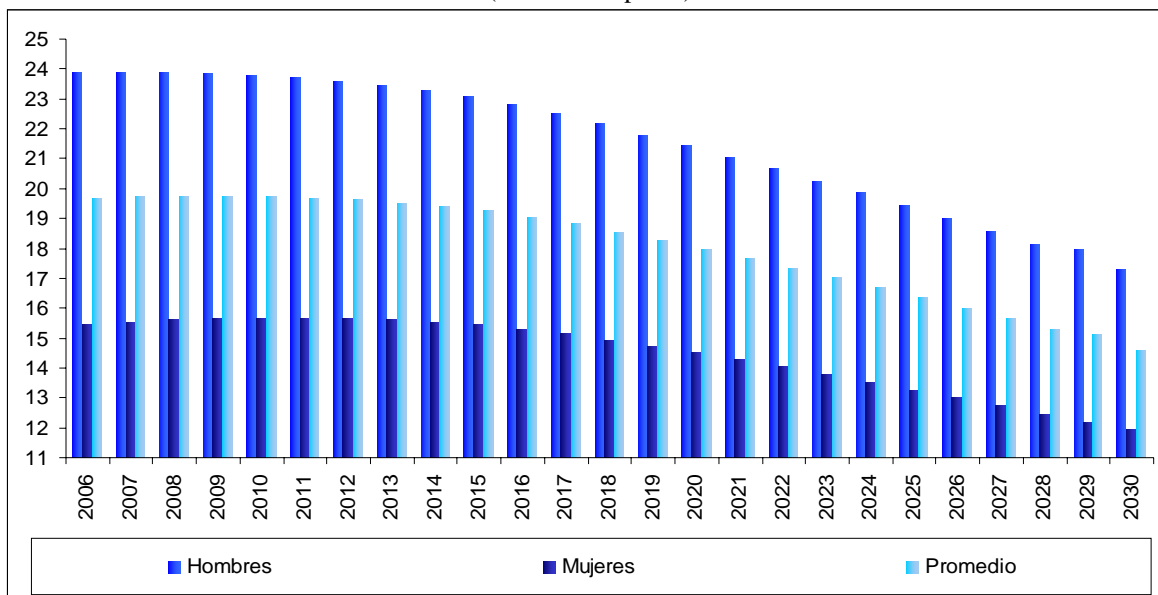
Cuadro 3.3. Costos Homologados Anuales por Servicio para el año 2006

Servicio	Costo por Usuario
Atención Médica	\$19,676
Centro de Atención Nocturna	\$78,187
Centro de Día	\$86,874
Centro de Día con equipo especializado	\$94,796
Estancia temporal en Residencias	\$20,395
Programa de Envejecimiento Pleno	\$11,742
Redes Sociales de Apoyo	\$279.60
Centro de Envejecimiento Activo	\$3,847.68
Centro de Atención Gerontológica	\$7,615.08
Programa de Envejecimiento Saludable	\$146
Residencias	\$244,748
Servicio de Atención a Domicilio	\$46,800
Teleasistencia	\$2,900

Fuente: Estudio de Viabilidad Económica y Factibilidad Técnica para el Diseño del Plan Gerontológico Institucional 2006 – 2025 del IMSS

En la gráfica 3.1 se muestra los costos unitarios anuales para los adultos mayores mexicanos en el periodo 2006-2030. Durante este periodo el costo para los hombres es siempre mayor al de las mujeres, lo que hace pensar que los cuidados de edades tempranas disminuyen costos en estas edades. El costo unitario anual disminuye con el tiempo pues la proporción del PIB para el sector salud es constante y el incremento del propio PIB no es tan grande como el incremento en la población adulta mayor.

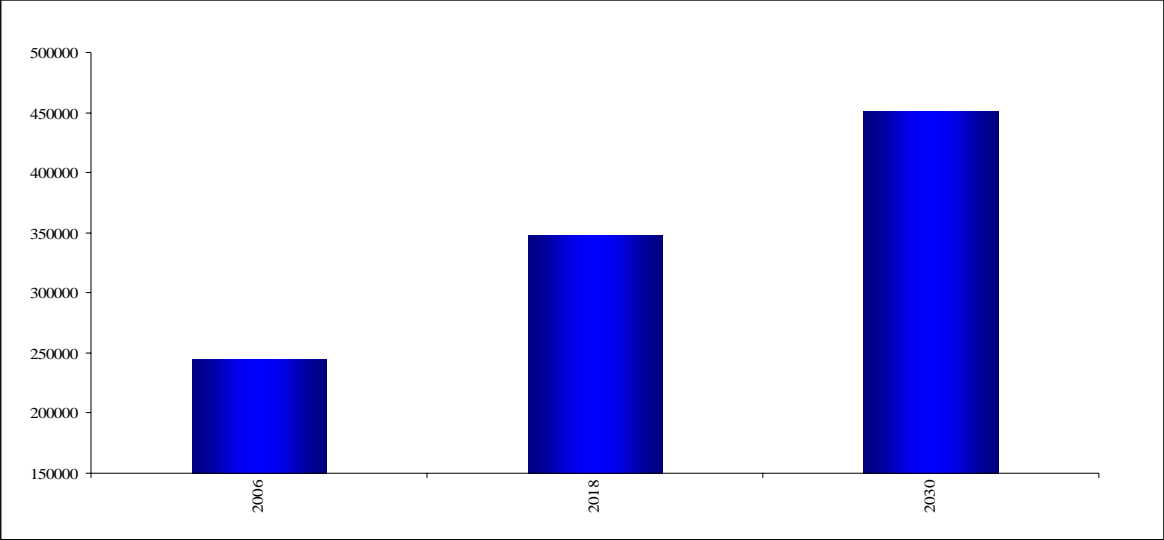
Gráfica 3.1 Promedio de Costos Unitarios Anuales de Atención Médica para Adultos Mayores Mexicanos en el periodo 2006-2030 (en miles de pesos)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSS, CONAPO e INEGI.

Para el resto de los servicios se utiliza la misma metodología suponiendo una proporción constante del servicio con respecto al PIB, por lo que simplemente se le aplico el aumento anual del PIB a cada uno de los costos unitarios del 2006. En la gráfica 3.2 se muestra esta proyección para el servicio de Residencias, este servicio es el más caro del plan con un costo unitario de \$244,748.00 en 2006 y de \$450,336.32 en 2030.

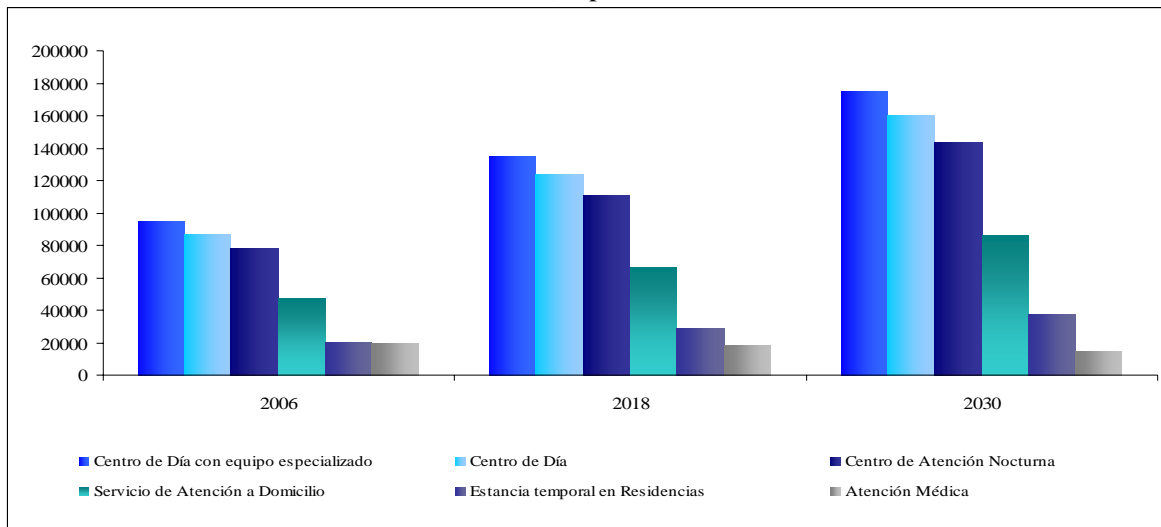
Gráfica 3.2. Costos unitarios de Residencias para adultos mayores mexicanos para los años de 2006, 2018 y 2030 (en pesos)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSS, CONAPO e INEGI.

Muy por debajo de los costos de Residencia están los del Centro de Día, Centro de Día con Equipo Especializado, Centro de Atención nocturna, Servicio de Atención a Domicilio, Estancia Temporal en Residencia y Atención Médica; estos costos unitarios se muestran en la gráfica 3.3.

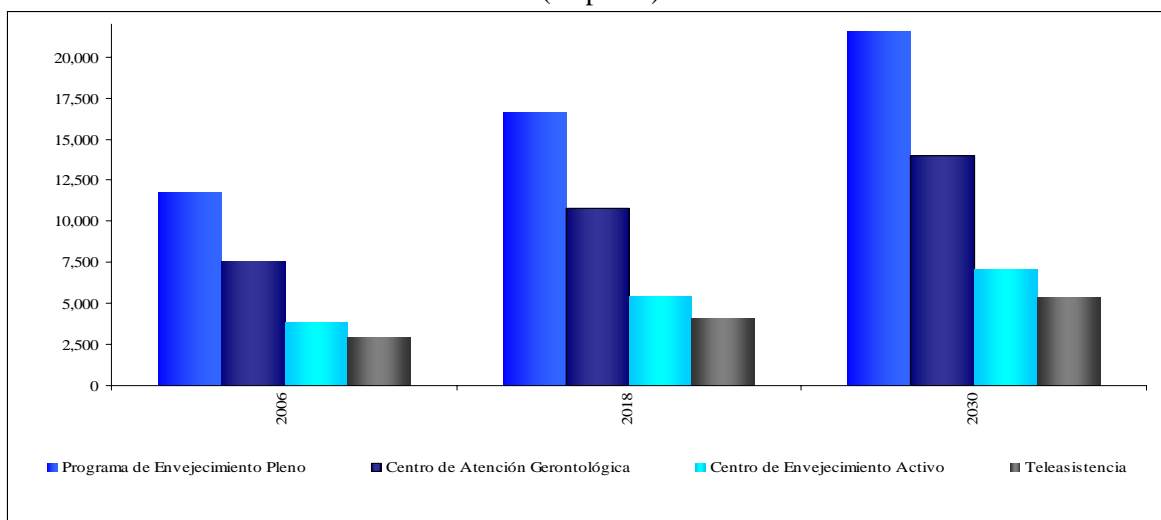
Gráfica 3.3. Costos unitarios de Centro de Día, Centro de Día con Equipo Especializado, Centro de Atención nocturna, Servicio de Atención a Domicilio, Estancia Temporal en Residencia y Atención Médica para adultos mayores mexicanos para los años de 2006, 2018 y 2030 (en pesos)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSS, CONAPO e INEGI.

Aún por debajo de estos costos unitarios, se encuentran los correspondientes al Programa de Envejecimiento Pleno, Centro de atención Gerontológica, Centro de envejecimiento Activo y Teleasistencia que varían de \$2,900.00 a \$21,605.28 en todo el periodo. Estos costos unitarios se muestran en la gráfica 3.4

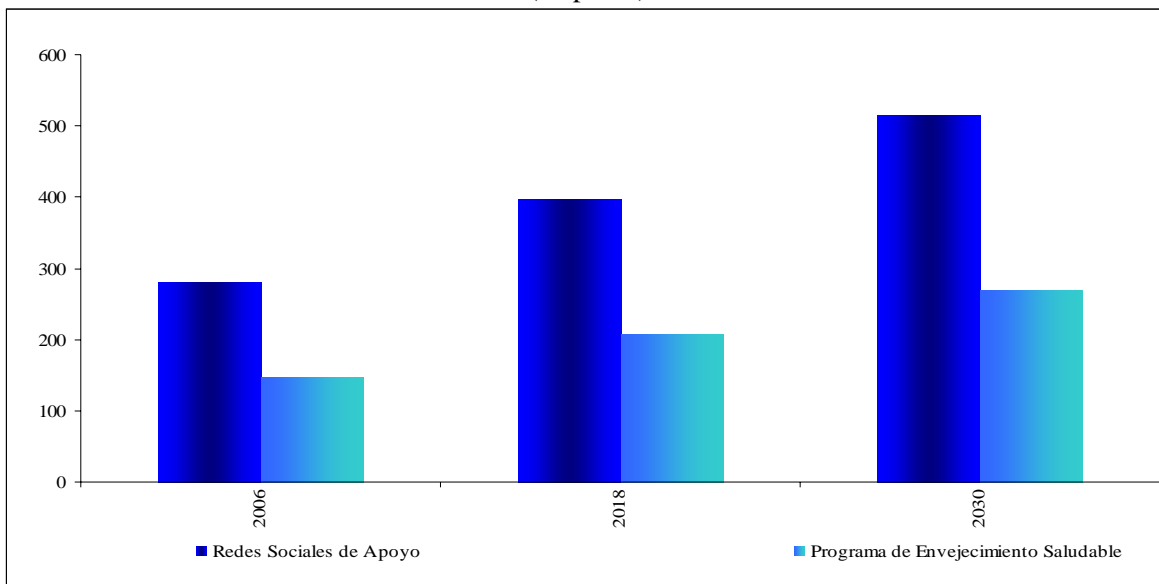
Gráfica 3.4. Costos unitarios de el Programa de Envejecimiento Pleno, Centro de atención Gerontológica, Centro de envejecimiento Activo y Teleasistencia para adultos mayores mexicanos para los años de 2006, 2018 y 2030 (en pesos)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSS, CONAPO e INEGI.

Los servicios con menor costo unitario son las Redes Sociales de Apoyo y el Programa de Envejecimiento Saludable, ninguno pasa de \$300.00 en 2006 y de \$600.00 en 2030. La proyección de estos costos se muestra en la gráfica 3.5.

Gráfica 3.5. Costos unitarios de Redes Sociales de Apoyo y Programa de Envejecimiento saludable para adultos mayores mexicanos para los años de 2006, 2018 y 2030 (en pesos)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSS, CONAPO e INEGI.

Por su parte, las tablas 3.4, 3.5, 3.6 y 3.7 muestran los costos unitarios por perfil de dependencia y zona rural para los periodos de 2006-2012, 2013-2018, 2019-2024 y 2025-2030, respectivamente.

Cuadro 3.4. Costos unitarios por perfil de dependencia para el periodo 2006-2012
(en pesos)

Perfil	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Independencia Rural	11,888.00	12,304.08	12,720.16	13,136.24	13,552.32	13,968.40	14,384.48
Independencia Urbana	11,888.00	12,304.08	12,720.16	13,136.24	13,552.32	13,968.40	14,384.48
Adulto mayor en riesgo con soporte familiar Rural	14,788.00	15,305.58	15,823.16	16,340.74	16,858.32	17,375.90	17,893.48
Adulto mayor en riesgo con soporte familiar Urbana	14,788.00	15,305.58	15,823.16	16,340.74	16,858.32	17,375.90	17,893.48
Adulto mayor en riesgo sin soporte familiar Rural	61,588.00	63,743.58	65,899.16	68,054.74	70,210.32	72,365.90	74,521.48
Adulto mayor en riesgo sin soporte familiar Urbana	11,888.00	12,304.08	12,720.16	13,136.24	13,552.32	13,968.40	14,384.48
Dependencia leve con soporte familiar Rural	14,788.00	15,305.58	15,823.16	16,340.74	16,858.32	17,375.90	17,893.48
Dependencia leve con soporte familiar Urbana	11,888.00	12,304.08	12,720.16	13,136.24	13,552.32	13,968.40	14,384.48
Dependencia leve sin soporte familiar Rural	61,588.00	63,743.58	65,899.16	68,054.74	70,210.32	72,365.90	74,521.48
Dependencia leve sin soporte familiar Urbana	11,888.00	12,304.08	12,720.16	13,136.24	13,552.32	13,968.40	14,384.48
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Rural	110,677.36	113,911.27	117,121.45	120,308.76	123,477.04	126,625.70	129,739.23
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Urbana	4,127.28	4,271.73	4,416.19	4,560.64	4,705.10	4,849.55	4,994.01
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Rural	19,955.68	20,014.34	20,049.25	20,061.31	20,054.32	20,027.73	19,966.00
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Urbana	279.60	289.39	299.17	308.96	318.74	328.53	338.32
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Rural	213,333.68	220,160.57	226,963.71	233,744.00	240,505.24	247,246.88	253,953.38
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Urbana	279.60	289.39	299.17	308.96	318.74	328.53	338.32
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Rural	264,424.08	273,039.13	281,630.44	290,198.89	298,748.30	307,278.10	315,772.76
Dependencia Grave con soporte familiar Rural	174,024.68	179,475.75	184,903.08	190,307.55	195,692.98	201,058.81	206,389.49
Dependencia Grave con soporte familiar Urbana	87,153.60	90,203.98	93,254.35	96,304.73	99,355.10	102,405.48	105,455.86
Dependencia Grave sin soporte familiar Rural	264,424.08	273,039.13	281,630.44	290,198.89	298,748.30	307,278.10	315,772.76
Dependencia Total con soporte familiar Rural	127,224.68	131,037.75	134,827.08	138,593.55	142,340.98	146,068.81	149,761.49
Dependencia Total con soporte familiar Urbana	279.60	289.39	299.17	308.96	318.74	328.53	338.32
Dependencia Total sin soporte familiar Rural	264,424.08	273,039.13	281,630.44	290,198.89	298,748.30	307,278.10	315,772.76

Cuadro 3.5. Costos unitarios por perfil de dependencia para el periodo 2012-2018
(en pesos)

Perfil	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Independencia Rural	14800.56	15216.64	15632.72	16048.8	16464.88	16880.96
Independencia Urbana	14800.56	15216.64	15632.72	16048.8	16464.88	16880.96
Adulto mayor en riesgo con soporte familiar Rural	18411.06	18928.64	19446.22	19963.8	20481.38	20998.96
Adulto mayor en riesgo con soporte familiar Urbana	18411.06	18928.64	19446.22	19963.8	20481.38	20998.96
Adulto mayor en riesgo sin soporte familiar Rural	76677.06	78832.64	80988.22	83143.8	85299.38	87454.96
Adulto mayor en riesgo sin soporte familiar Urbana	14800.56	15216.64	15632.72	16048.8	16464.88	16880.96
Dependencia leve con soporte familiar Rural	18411.06	18928.64	19446.22	19963.8	20481.38	20998.96
Dependencia leve con soporte familiar Urbana	14800.56	15216.64	15632.72	16048.8	16464.88	16880.96
Dependencia leve sin soporte familiar Rural	76677.06	78832.64	80988.22	83143.8	85299.38	87454.96
Dependencia leve sin soporte familiar Urbana	14800.56	15216.64	15632.72	16048.8	16464.88	16880.96
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Rural	132828.4	135888.8	138916.86	141905.12	144858.08	147775.079
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Urbana	5138.464	5282.918	5427.3732	5571.828	5716.2828	5860.7376
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Rural	19879.92	19765.09	19617.85	19430.848	19208.556	18950.2932
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Urbana	348.102	357.888	367.674	377.46	387.246	397.032
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Rural	260635.5	267288.9	273909.92	280491.15	287037.09	293547.053
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Urbana	348.102	357.888	367.674	377.46	387.246	397.032
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Rural	324243.1	332684.6	341093.8	349463.19	357797.29	366095.421
Dependencia Grave con soporte familiar Rural	211695.8	216973.4	222218.59	227424	232594.12	237728.273
Dependencia Grave con soporte familiar Urbana	108506.2	111556.6	114606.98	117657.36	120707.74	123758.112
Dependencia Grave sin soporte familiar Rural	324243.1	332684.6	341093.8	349463.19	357797.29	366095.421
Dependencia Total con soporte familiar Rural	153429.8	157069.4	160676.59	164244	167776.12	171272.273
Dependencia Total con soporte familiar Urbana	348.102	357.888	367.674	377.46	387.246	397.032
Dependencia Total sin soporte familiar Rural	324243.1	332684.6	341093.8	349463.19	357797.29	366095.421

Cuadro 3.6. Costos unitarios por perfil de dependencia para el periodo 2019-2024
(en pesos)

Perfil	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Independencia Rural	17297.04	17713.12	18129.2	18545.28	18961.36	19377.44
Independencia Urbana	17297.04	17713.12	18129.2	18545.28	18961.36	19377.44
Adulto mayor en riesgo con soporte familiar Rural	21516.54	22034.12	22551.7	23069.28	23586.86	24104.44
Adulto mayor en riesgo con soporte familiar Urbana	21516.54	22034.12	22551.7	23069.28	23586.86	24104.44
Adulto mayor en riesgo sin soporte familiar Rural	89610.54	91766.12	93921.7	96077.28	98232.86	100388.44
Adulto mayor en riesgo sin soporte familiar Urbana	17297.04	17713.12	18129.2	18545.28	18961.36	19377.44
Dependencia leve con soporte familiar Rural	21516.54	22034.12	22551.7	23069.28	23586.86	24104.44
Dependencia leve con soporte familiar Urbana	17297.04	17713.12	18129.2	18545.28	18961.36	19377.44
Dependencia leve sin soporte familiar Rural	89610.54	91766.12	93921.7	96077.28	98232.86	100388.44
Dependencia leve sin soporte familiar Urbana	17297.04	17713.12	18129.2	18545.28	18961.36	19377.44
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Rural	150679.8	153569.7	156446.39	159315.3	162173.15	165022.395
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Urbana	6005.192	6149.647	6294.102	6438.5568	6583.0116	6727.4664
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Rural	18679.73	18394.4	18095.828	17789.482	17472.073	17146.0568
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Urbana	406.818	416.604	426.39	436.176	445.962	455.748
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Rural	300044.7	306527.6	312997.28	319459.16	325909.98	332352.197
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Urbana	406.818	416.604	426.39	436.176	445.962	455.748
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Rural	374381.3	382652.3	390910.14	399160.19	407399.17	415629.549
Dependencia Grave con soporte familiar Rural	242850.1	247957.2	253051.05	258137.12	263212.13	268278.527
Dependencia Grave con soporte familiar Urbana	126808.5	129858.9	132909.24	135959.62	139009.99	142060.368
Dependencia Grave sin soporte familiar Rural	374381.3	382652.3	390910.14	399160.19	407399.17	415629.549
Dependencia Total con soporte familiar Rural	174756.1	178225.2	181681.05	185129.12	188566.13	191994.527
Dependencia Total con soporte familiar Urbana	406.818	416.604	426.39	436.176	445.962	455.748
Dependencia Total sin soporte familiar Rural	374381.3	382652.3	390910.14	399160.19	407399.17	415629.549

Cuadro 3.7. Costos unitarios por perfil de dependencia para el periodo 2025-2030
(en pesos)

Perfil	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Independencia Rural	19793.52	20209.6	20625.68	21041.76	21457.84	21873.92
Independencia Urbana	19793.52	20209.6	20625.68	21041.76	21457.84	21873.92
Adulto mayor en riesgo con soporte familiar Rural	24622.02	25139.6	25657.18	26174.76	26692.34	27209.92
Adulto mayor en riesgo con soporte familiar Urbana	24622.02	25139.6	25657.18	26174.76	26692.34	27209.92
Adulto mayor en riesgo sin soporte familiar Rural	102544	104699.6	106855.18	109010.76	111166.34	113321.92
Adulto mayor en riesgo sin soporte familiar Urbana	19793.52	20209.6	20625.68	21041.76	21457.84	21873.92
Dependencia leve con soporte familiar Rural	24622.02	25139.6	25657.18	26174.76	26692.34	27209.92
Dependencia leve con soporte familiar Urbana	19793.52	20209.6	20625.68	21041.76	21457.84	21873.92
Dependencia leve sin soporte familiar Rural	102544	104699.6	106855.18	109010.76	111166.34	113321.92
Dependencia leve sin soporte familiar Urbana	19793.52	20209.6	20625.68	21041.76	21457.84	21873.92
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Rural	167864.2	170701.4	173536.81	176372.15	179348.12	182050.099
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Urbana	6871.921	7016.376	7160.8308	7305.2856	7449.7404	7594.1952
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Rural	16812.61	16474.59	16134.692	15794.779	15595.492	15122.2079
Dependencia Moderada Sin Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Urbana	465.534	475.32	485.106	494.892	504.678	514.464
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Rural	338787	345217.2	351645.52	358073.84	364642.78	370937.728
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos con soporte familiar Urbana	465.534	475.32	485.106	494.892	504.678	514.464
Dependencia Moderada con Problemas Psicogeriatricos sin soporte familiar Rural	423852.5	432070.9	440287.37	448503.85	456860.95	464944.064
Dependencia Grave con soporte familiar Rural	273337.5	278391.9	283444.41	288496.91	293690.04	298609.168
Dependencia Grave con soporte familiar Urbana	145110.7	148161.1	151211.5	154261.87	157312.25	160362.624
Dependencia Grave sin soporte familiar Rural	423852.5	432070.9	440287.37	448503.85	456860.95	464944.064
Dependencia Total con soporte familiar Rural	195415.5	198831.9	202246.41	205660.91	209216.04	212497.168
Dependencia Total con soporte familiar Urbana	465.534	475.32	485.106	494.892	504.678	514.464
Dependencia Total sin soporte familiar Rural	423852.5	432070.9	440287.37	448503.85	456860.95	464944.064

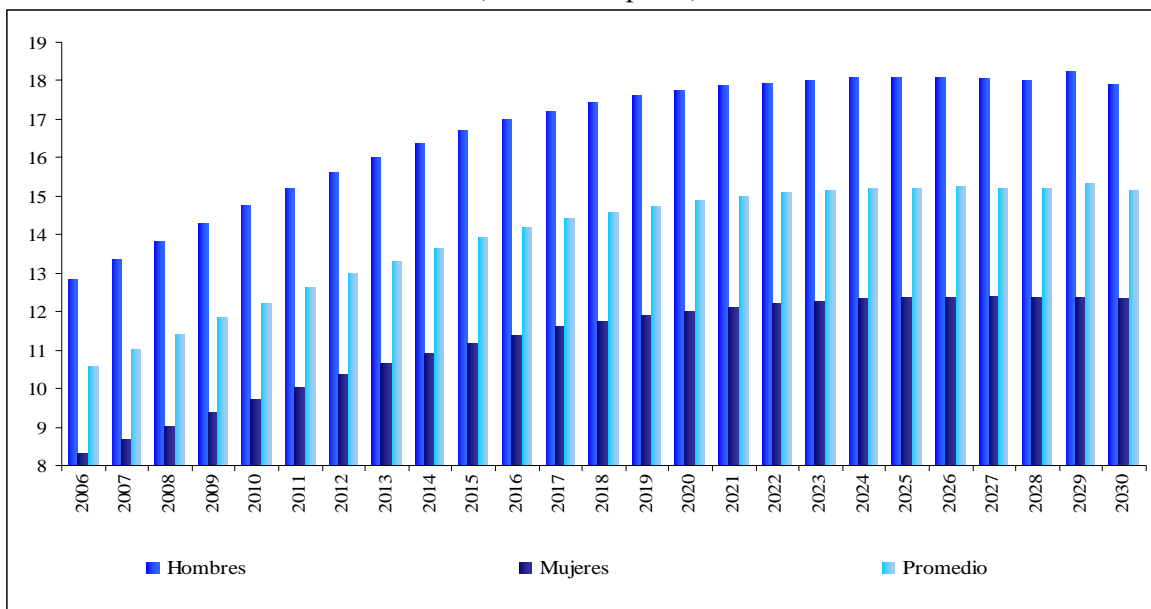
3.3.5 Escenario alternativo

La Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) plantea para sus países integrantes el escenario alternativo de costo controlado al año 2050 basado *grosso modo* en el porcentaje del PIB destinado al sector salud. Para México este porcentaje pasará de 3.1% en 2005 a 8.7% para 2050.⁸¹

Para obtener los costos unitarios en ambos escenarios se supone un incremento constante en el porcentaje del PIB para cada año de 2006 a 2030 y se calcula de la misma manera que en el apartado anterior con la modificación de la proporción del PIB que en este caso no es constante.

La gráfica 3.6 muestra los costos unitarios anuales de los servicios de atención médica para el periodo 2005-2030 bajo el escenario de costo controlado. El costo para los hombres sigue siendo mayor que el de las mujeres para todo el periodo. En este caso el costo crece con el tiempo y sobrepasa los \$18,000.00 en el caso de los hombres, mas parece estabilizarse alrededor de esta cifra, en promedio se estabiliza alrededor de \$14,000.00.

Gráfica 3.6. Costos unitarios anuales de servicios de atención médica bajo el escenario de Costo Controlado
(en miles de pesos).



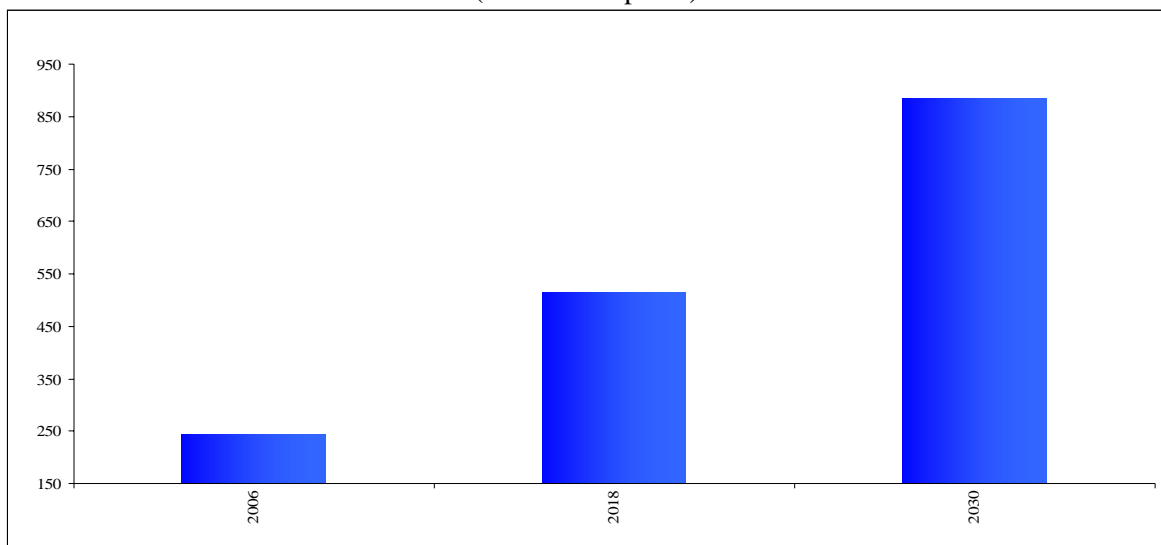
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IMSS, CONAPO e INEGI.

⁸¹ OECD. *Projecting OECD Health And Long-Term Care Expenditures: What Are The Main Drivers* Economics Department Working Papers No. 477 p. 31 Tabla 1.1

La tendencia es creciente a diferencia de los costos calculados en la sección anterior que son decrecientes con un promedio de \$19,676.08 para 2006 y \$14,607.74 para 2030. Por el contrario, en este escenario plantea un costo promedio de \$10,574.07 para 2006 y \$15,121.72 para 2030.

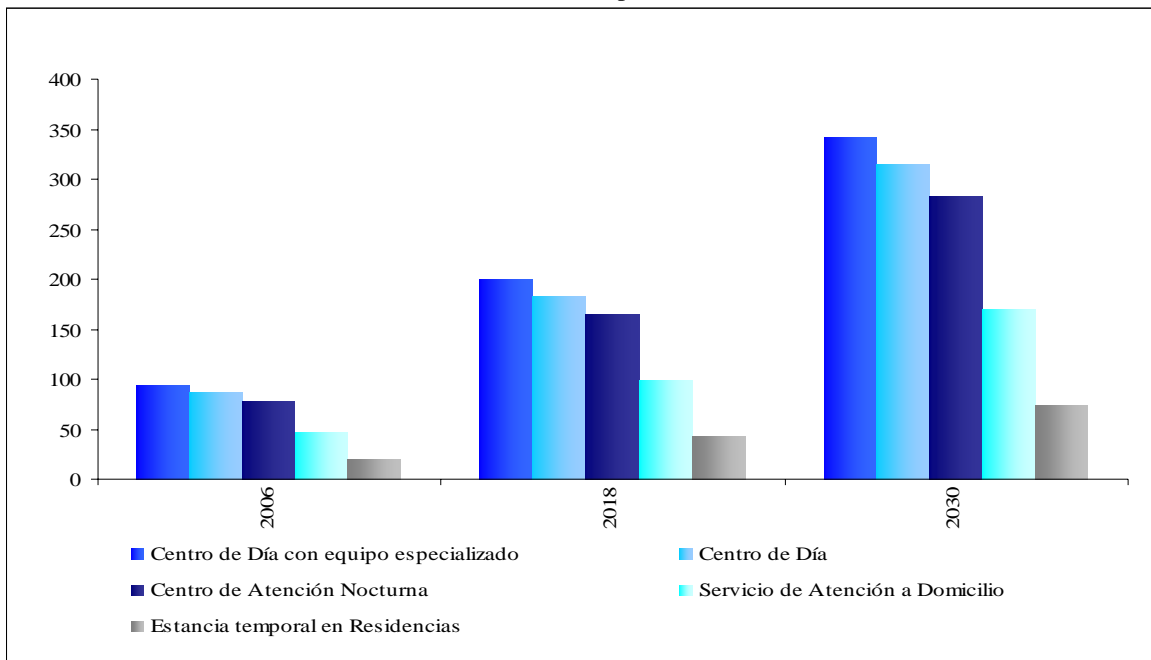
Para el resto de los servicios, se considera un incremento en la distribución del PIB proporcionalmente igual al de servicios médicos, con respecto a su distribución del PIB en 2006, y se considera este incremento constante para cada escenario y servicio. En las gráficas 3.7, 3.8, 3.9 y 3.10 se muestran los costos unitarios bajo el escenario de Costo Controlado.

Gráfica 3.7. Costos unitarios para el servicio de Residencias bajo el escenario de Costo Controlado (en miles de pesos).



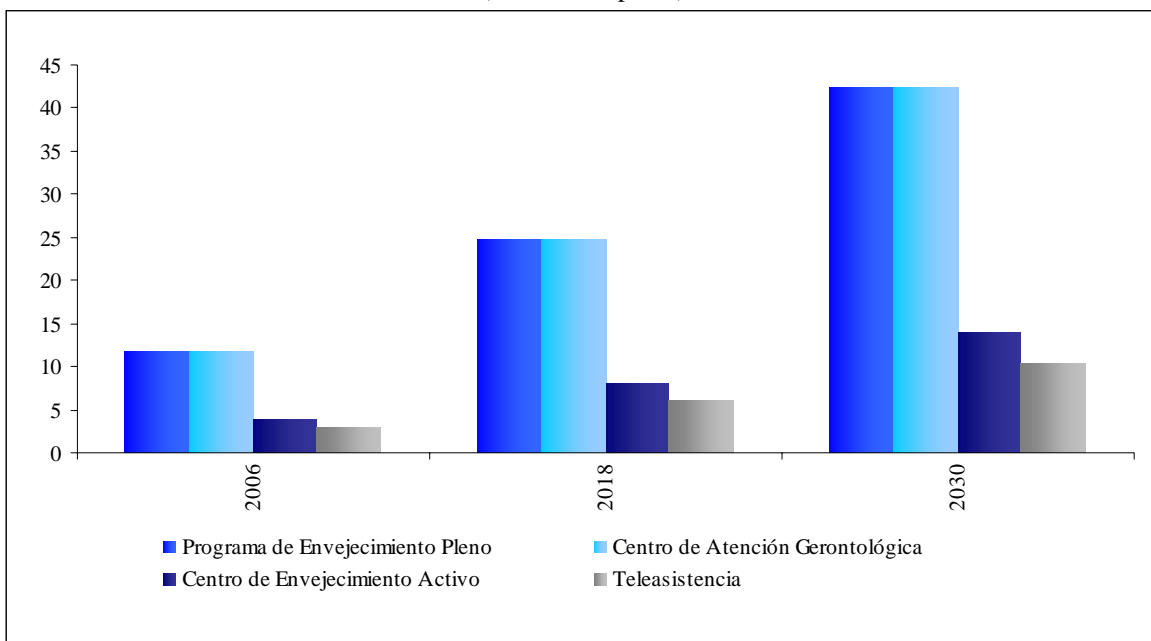
Elaboración propia a partir de datos del IMSS, CONAPO, INEGI y OCDE.

Gráfica 3.8 Costos unitarios para los servicios de Centro de día, Centro de día con equipo especializado, Centro de Atención Nocturna, Servicio de Atención a Domicilio y Estancia temporal en residencia bajo el escenario de Costo Controlado (en miles de pesos).



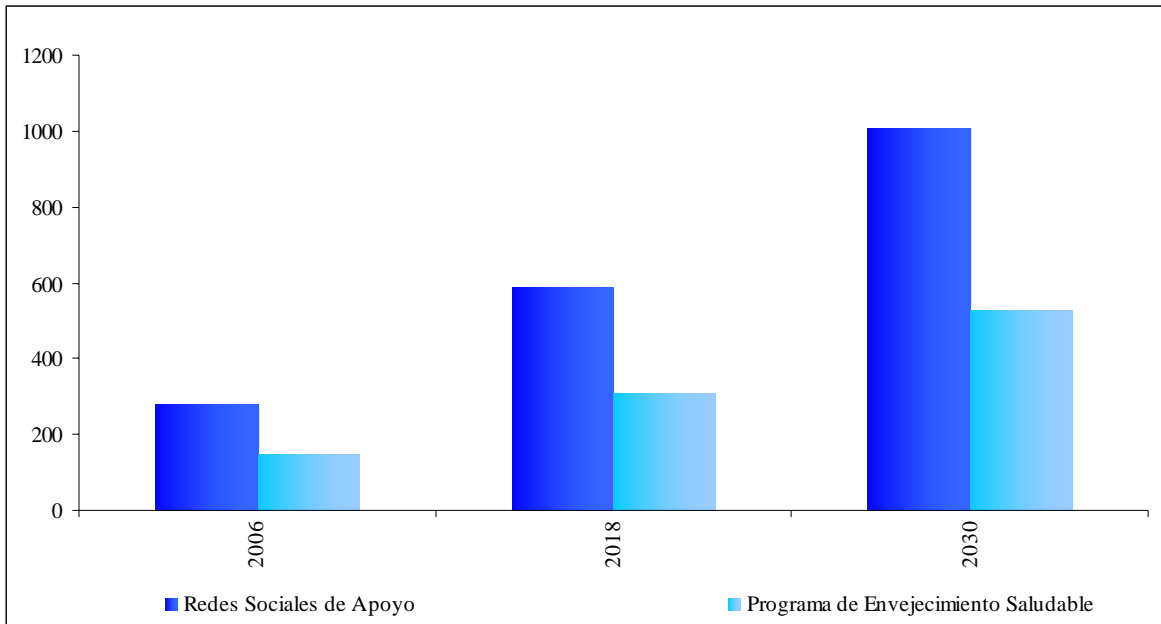
Elaboración propia a partir de datos del IMSS, CONAPO, INEGI y OCDE.

Gráfica 3.9 .Costos unitarios para los servicios de Programa de Envejecimiento Pleno, Centro de Atención Gerontológica, Centro de Envejecimiento Activo y Teleasistencia bajo el escenario de Costo Controlado (en miles de pesos).



Elaboración propia a partir de datos del IMSS, CONAPO, INEGI y OCDE.

Gráfica 3.10 . Costos unitarios para los servicios de Redes Sociales de Apoyo y Programa de envejecimiento Saludable bajo el escenario de Costo Controlado (en pesos).



Elaboración propia a partir de datos del IMSS, CONAPO, INEGI y OCDE.

CONCLUSIONES

El sector de los adultos mayores es un sector vulnerable cuya vida prolongada, primordialmente, por las mejoras en la medicina y en la distribución de los sistemas de salud lo ha hecho frágil ante las enfermedades crónico-degenerativas. Estas patologías tienen la característica de que no tienen las posibles salidas de muerte o recuperación sino que el padecimiento es lento, por un periodo muy largo y desemboca en la muerte. Por ello, sus tratamientos son largos y costosos; además que comúnmente no se presenta solo una enfermedad sino varias; y, aunque en ocasiones son independientes, unas son consecuencias de otras.

Como resultado de las mejoras en la distribución de los servicios de salud, los avances en la medicina y los programas de control de natalidad, la población está migrando de ser predominantemente joven a una población madura; mas a largo plazo se tornará una población envejecida. México pasará por este proceso mucho más rápido de lo que lo han hecho países desarrollados, por lo que debe tomar en cuenta y prepararse para poder cubrir las necesidades de esta población en el futuro. En consecuencia, si no se toman las medidas adecuadas en un largo plazo, la población se caracterizará por la población de adultos mayores con pluripatologías en las que predominan las enfermedades crónico-degenerativas cuya convalecencia será larga y costosa.

Es importante sopesar la proporción de casas en la República Mexicana donde habitan adultos mayores. Aunque es en las zonas no urbanas donde la proporción de adultos mayores es mayor con respecto a la población total, la mayoría de los adultos mayores mexicanos vive en zonas urbanas

Para ambos sexos, el porcentaje de adultos mayores mexicanos que participan en el sector industrial es muy bajo, sin embargo las mujeres trabajan predominantemente en el área de servicios mientras que los hombres, aunque más balanceado, participan principalmente en el campo.

Es claro que, tanto para hombres como para mujeres, el porcentaje de adultos mayores ocupados en el sector informal es mucho mayor que el ocupado en el sector formal. A pesar de esto, la diferencia es mayor para las mujeres con 70.04% de diferencia contra 58.36% de diferencia para los hombres.

La mayoría de los adultos mayores mexicanos no tienen educación formal, pero son las mujeres las que en promedio la reciben menos. Las adultas mayores mexicanas sufren más

de analfabetismo que los hombres. En cuanto a educación primaria una buena proporción de los adultos mayores que la empezaron no la concluyeron, especialmente los hombres; sin embargo, es un porcentaje muy bajo de aquellos que inician la secundaria y no la termina. En cuanto a educación media superior o más, las mujeres tienen una proporción importantemente menor al de los hombres.

Tanto para hombres como para mujeres es considerable la proporción de adultos mayores mexicanos que no perciben ingreso, casi de la misma proporción son los que perciben de uno a dos salarios mínimos. En proporción, los hombres que perciben salarios bajos son menos pero mientras va aumentando el ingreso, son las mujeres las que presentan proporciones menores.

La mayoría de los adultos mayores mexicanos trabajan por su cuenta, especialmente las mujeres; les siguen los obreros; los hombres se dedican más a tareas de jornaleros o peones que las mujeres; mientras que ellas se dedican más a trabajos sin pago. Por otro lado, en los puestos de patrones proporcionalmente son más los hombres aunque solo por 1.65%.

Tanto para hombres como para mujeres, los divorciados son los que presentan una proporción menor dentro de los adultos mayores mexicanos. La mayor proporción en los hombres es para los casados, mayor en comparación a las mujeres en casi la misma proporción que las viudas superan a los viudos (en promedio 27.36% de diferencia para ambos casos), lo que hace pensar que casi todos los hombres mexicanos casados cuya esposa llega a ser adulto mayor fallecen hasta ser adultos mayores. En proporción viven un poco más de mujeres solteras que de hombres, pasa lo mismo con los separados pero viven más del doble de hombres en unión libre que de mujeres. Es importante observar que la mayoría de los adultos mayores mexicanos se ven favorecidos en este aspecto debido a que de los adultos mayores que viven solos más del 75% tiene vivienda propia; además, las mujeres adultas mayores mexicanas que viven solas y tienen casa propia son más en proporción que los hombres.

En cuanto a tipos de hogares, para cada uno tienen un alto porcentaje de derechohabiencia en seguridad social con una mayor proporción para los adultos mayores que viven en hogares nucleares.

El apoyo informal a los adultos mayores es proporcionado principalmente por mujeres esposas o hijas en edades previas a los 65 años que lo hacen de manera más comprometida a comparación de los corresidentes hombres que apoyan esporádicamente o como relevo. Cuando faltan apoyos corresidentes suelen aparecer apoyos no corresidentes pero estos

suelen ser de manera económica en vez de cuidados, alimentación y quehaceres domésticos.

Los programas están enfocados a mejorar la autonomía de los adultos mayores por medio de la prevención temprana y las redes sociales que son significativamente más baratos y más efectivos para mejorar la calidad de vida y consecuentemente su salud. De esta manera se espera disminuir el costo en los servicios propiamente médicos.

Las hipótesis financieras pueden ser modificadas para adecuar los valores estimados a los reales, el resto de las hipótesis pueden cambiarse según las necesidades específicas, es decir que este modelo debe ser dinámico.

Para algunas subclases de adultos mayores como los que presentan dependencia total sin soporte familiar en áreas rurales los costos son muy elevados, sin embargo la población inicial es reducida por lo que no representa un gran gasto al sector salud, por otro lado la inversión en programas de prevención para mejorar la autonomía en subclases sin dependencia o dependencia leve es considerable con el objeto de mantener al mínimo el aumento en la población de las subclases con dependencia mayor y poco apoyo familiar.

No existe evidencia de evaluación *a priori* de rentabilidad social, ni siquiera bajo un concepto de prioridades. Esto implica que las autoridades correspondientes deberán analizar la perspectiva de costo-beneficio para determinar la pertinencia de cada servicio en particular y para definir el orden de implantación de los servicios.

Existe evidencia de que el diseño e implementación de este tipo de estrategias ha tenido una perspectiva de aprendizaje dinámico, en una lógica de “aprender haciendo”. Esto representa un costo de prueba y error, que en general no ha sido evaluado. Aún con la experiencia de otros países, no es posible que el futuro modelo mexicano acote a cero este riesgo, ya que el aprendizaje exógeno no puede recuperar todas las características de su estructura de atención social a la salud, ni la del colectivo objetivo mexicano.

Los principales campos estratégicos como la oferta de servicios, cobertura, intensidad, modelo de perfil de dependencia, entre otros, son estrictamente variables de control que, desde su diseño y aplicación, solo representan una aproximación a cierto escenario definido. Esto conlleva a que el reto fundamental del tomador de decisiones radique en la elección de criterios iniciales para el diseño e implementación del modelo.

No se consideran elementos de riesgo moral en la identificación de los adultos mayores en un determinado perfil de dependencia, por tanto, no se definen explícitamente los

mecanismos que permitirían diferenciar al adulto mayor en un perfil de dependencia y por ende como demandante potencial de un paquete de servicios definido.

En términos de poblaciones es importante recalcar que existe evidencia de un proceso creciente en el colectivo objetivo, esto representa una estrategia continua de mayor utilización de recursos.

El modelo supone una proporción importante de los adultos mayores sin apoyo familiar, lo que podría resultar contra intuitivo a la percepción cultural de la familia en México. Este criterio debe ser estudiado profundamente, dado que una suposición contraria o mal sustentada, puede dejar en condiciones de vulnerabilidad a ese sector. Adicionalmente, resulta evidente la importancia que la cobertura neta (propuesta) sea consistentemente suficiente para mantener una cobertura real positiva.

Desde el primer periodo es contundente la necesidad de acotar gradualmente la incorporación de servicios. Por su parte, la nueva oferta de servicios de atención social debe estar asociada a las preferencias de los usuarios.

La oferta médica actual, al estar asociada con las condiciones de salud de los adultos mayores y su dinámica de envejecimiento, puede incluso duplicar su valor, haciendo imposible estimaciones *a priori* del monto necesario para cubrir la totalidad de la oferta planteada. La proyección de la oferta médica actual no contempla el deterioro en las condiciones de salud de los adultos mayores ni su impacto en la oferta y subsecuente aumento sobre los requerimientos para ofrecer dichos servicios a un segmento poblacional en constante aumento y deterioro.

BIBLIOGRAFÍA.

- CEPAL – CELADE, División de Población. “Bienestar Económico de la Población de Edad Media y Avanzada en México: Primeros Resultado del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001”. Rebeca Wong. Santiago de Chile (CHILE). 2002.
- CONAPO. Comunicado de prensa 30/07. 27 de agosto de 2007.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Decimosexta edición.
- Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001
- IMSS. Estudio de Viabilidad Económica y Factibilidad Técnica para el Diseño del Plan Gerontológico Institucional. 2006 – 2025. 2006.
- IMSS. Norma que establece las disposiciones para el otorgamiento de los servicios de atención a la población de Adultos mayores, pensionados y jubilados.
- Jiménez Lara, A. (2004). Perfiles de dependencia de la población española y necesidades de cuidados de larga duración”. Libro Verde sobre la Dependencia en España. Fundación AstraZéneca.
- Joven Maried, Jorge. Et. al. *Diccionario de Medicina*. Editorial Marin. España 2006.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Libro blanco sobre la atención a las personas en situación +de dependencia en España. Madrid.
- OECD. *Projecting OECD Health And Long-Term Care Expenditures: What Are The Main Drivers* Economics Department Working Papers No. 477. 2006
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.
- Revista de Salud Pública de México, 2005
- Revista Demos. Familia, sociedad y vejez / las personas adultas mayores y sus apoyos informales, Montes de Oca, Verónica, Vol. S/V/No. 015.
- Revista *Medicine*. Asistencia médica al paciente geriátrico. 2003;8:5772-5777.
- Revista Salud Pública de México / vol.49, suplemento 4 de 2007
- Revista. Industria Farmacéutica. 2005
- Salud pública de México / vol. 38, No. 6, noviembre-diciembre de 1996

- Salud Pública de México / vol.49, suplemento 4 de 2007
- Secretaría de Gobernación. Comunicado de prensa 30/07
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud.

Páginas en Internet

www.conapo.gob.mx
www.conapo.gob.mx
www.ejournal.unam.mx
www.fmedicina.unam.mx
www.imss.gob.mx
www.inapam.gob.mx
www.industriafarmaceutica.com
www.oecd.org
www.psicomundo.com.mx
www.salud.gob.mx
www.sedesol.gob.mx