

# Derechos humanos de las personas de la tercera edad

México ante los desafíos  
del envejecimiento

Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
Leoncio Lara Sáenz  
Salvador Vega y León  
coordinadores





DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS  
DE LA TERCERA EDAD  
MÉXICO ANTE LOS DESAFÍOS DEL ENVEJECIMIENTO

Primera edición: 3 de julio de 2013

D.R. © Universidad Autónoma Metropolitana  
UAM-Xochimilco  
Calzada del Hueso 1100  
Col. Villa Quietud, Coyoacán  
C.P. 04960 México, DF.

ISBN:

Impreso y hecho en México / Printed and made in Mexico

DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS  
DE LA TERCERA EDAD  
MÉXICO ANTE LOS DESAFÍOS DEL ENVEJECIMIENTO

Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
Leoncio Lara Sáenz  
Salvador Vega y León  
COORDINADORES



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
Rector general, Enrique Fernández Fassnacht  
Secretaria general, Iris Santacruz Fabila

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO  
Rector, Salvador Vega y León  
Secretaria, Patricia Emilia Alfaro Moctezuma

DIVISIÓN DE CIENCIAS Y ARTES PARA EL DISEÑO  
Director, Jaime Francisco Irigoyen Castillo  
Secretaria académica, Silvia Ana María Oropeza Herrera

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
Director, Fernando de León González  
Secretaria académica, Georgina Urbán Carrillo

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
Director, Jorge Alsina Valdés y Capote  
Secretario académico, Carlos Alfonso Hernández Gómez

GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. Patricia E. Alfaro Moctezuma  
Secretaria Técnica del GIESEN

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo  
Miembro Fundador del GIESEN

Dr. Leoncio Lara Sáenz  
Miembro Fundador del GIESEN

Dr. Salvador Vega y León  
Miembro Fundador del GIESEN

Dr. José Luis Cepeda Dovala

Editores: José Luis Cepeda Dovala / Miguel Ángel Hinojosa Carranza

Diseño de portada: Irais Hernández Güereca

Asistencia editorial: Varinia Cortés Rodríguez

## Índice

Presentación .....	9
<i>Salvador Vega y León</i>	
Introducción .....	13
<i>Salvador Vega y León</i>	
<i>Luis Miguel Gutiérrez Robledo</i>	
<i>Leoncio Lara Sáenz</i>	
Aspectos generales de la dependencia: una visión global .....	17
<i>José Alberto Rivera Márquez</i>	
De la dependencia a la autonomía: una reflexión sobre el valor intrínseco de la vejez .....	31
<i>Luis Miguel Gutiérrez Robledo</i>	
Políticas públicas, bioética y dependencia .....	43
<i>Manuel Ruiz de Chávez</i>	
<i>Nathalie Curuchet Pi-Suñer</i>	
Autonomía personal, discapacidad, dependencia .....	55
<i>Liliana Giraldo Rodríguez</i>	
<i>Victoria Eugenia Arango Lopera</i>	
Indicadores y prevalencia de la discapacidad en el escenario nacional e internacional .....	63
<i>Mariana López Ortega</i>	



Prevencción de las situaciones de dependencia de las personas mayores: elementos para la construcción de una política pública .....	69
<i>Javier Enrique Jiménez Bolón</i>	
Deslinde de la autonomía y la autorrealización como derechos humanos .....	97
<i>Leoncio Lara Sáenz</i>	
Políticas públicas de seguridad y asistencia sociales frente a los derechos de autonomía y autorrealización .....	103
<i>Juan Carlos Ruiz Espíndola</i>	
Pensiones de vejez y retiro en México .....	117
<i>Berenice P. Ramírez López</i>	
Apuntes sobre el estado actual de las condiciones para el retiro en México frente al desafío de la longevidad .....	127
<i>Gustavo Leal Fernández</i>	
Hacia una defensoría de las personas adultas mayores .....	149
<i>Leoncio Lara Sáenz</i>	
Relatoría .....	153
<i>Pedro Arroyo Acevedo</i>	
Conclusiones generales del seminario “Autonomía, autorrealización y derechos humanos de las personas mayores” .....	157
<i>Jorge Alsina Valdés</i>	
Los autores .....	169

## Presentación

**E**n México se tiene una población de 10.1 millones de adultos mayores (según datos del *Censo de población y vivienda 2010*, INEGI); esto es, 10 de cada 100 habitantes tienen 60 años o más, pero, además, este grupo de habitantes sigue posicionado entre los más vulnerables, las leyes que les permitan tener una vida plena siguen siendo escasas.

La carencia económica y las enfermedades no son los únicos problemas a los que se enfrenta este sector sino la discriminación e incluso la violencia.

Desde esta perspectiva, el Estado debe garantizar a las personas adultas mayores la atención de sus necesidades.

También debemos trabajar intensamente no sólo en la atención, sino en la prevención de las enfermedades que afectan al adulto mayor, ya que de cada 100 adultos mayores, 26 tienen alguna discapacidad.

El bienestar de las personas mayores en todas sus vertientes, como deber de cuidado que la actuación gubernamental tiene para quienes, en el umbral de sus últimos años demandan calidad de vida y respeto a sus derechos humanos, debe ser fortalecido a través de la promoción y concertación de acciones con los sectores social, privado y académico.

Desde esta perspectiva y buscando la consolidación de tales acciones, la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco y el Instituto Nacional de Geriátría, han conjuntado sus esfuerzos para establecer en esta Unidad académica, un Grupo Interdisciplinario de Estudios sobre el Envejecimiento, denominado Giesen.

Los objetivos de este grupo consideran la realización de investigaciones y estudios académicos con carácter propositivo sobre la salud física

en general, la salud mental, la seguridad, el retiro y sus modalidades en el envejecimiento, así como sobre los mecanismos e instituciones de previsión, cuidado, defensa, representación, asistencia social y legal de los adultos mayores en México y otros proyectos académicos relativos. El Giesen está integrado con investigadores de ambas instituciones, así como con especialistas y expertos externos en temas de interés y de investigación en las enfermedades, cuidados y asistencia social del adulto mayor.

Así también son objetivos fundamentales del Giesen, la promoción del envejecimiento activo y saludable de la población mediante la producción de nuevos conocimientos, su aplicación y difusión; la formación de recursos humanos especializados y el impulso al desarrollo de servicios de salud en el conjunto del sistema nacional de salud, conjuntamente con la construcción de un modelo de atención geriátrica capaz de insertarse en los niveles de atención a la salud, vigilancia epidemiológica y regulación sanitaria y la articulación de las acciones necesarias para promover un envejecimiento activo y saludable.

Para la consolidación y formalización de los objetivos del Giesen y previas las acciones contenidas en la Carta de Intención suscrita entre la Rectoría de la Universidad Autónoma Metropolitana y la Dirección General del Instituto Nacional de Geriátrica, se realizó en noviembre de 2012, el Seminario “Autonomía, autorrealización y derechos humanos de las personas mayores”, que tuvo como finalidad la incorporación a la agenda pública del tema de la autonomía y autorrealización como derechos humanos, así como fundamentar la propuesta de creación de una Defensoría de las Personas Adultas Mayores, con el fin de crear un sistema de asistencia legal, en el ámbito de procuración y representación jurídica gratuita e institucional para los adultos mayores y en el que participaron diversas instituciones: la Universidad Autónoma Metropolitana, el Instituto Nacional de Geriátrica, la Secretaría de Salud y el Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La importancia de los trabajos presentados en el Seminario son el punto de partida del Giesen, que habrán de enmarcar la generación de propuestas que permitirán continuar y encontrar nuevas vías para asegurar acciones ininterrumpidas, que permitan tener a los adultos mayores, calidad de vida.

Es por esto que en este libro se han agrupado las reflexiones y análisis vertidas en el Seminario, con la convicción de que propiciarán conductas

que darán base y sustento a la construcción de un porvenir más saludable y de cuidados, dentro del marco y respeto a los derechos humanos, en beneficio de uno de los segmentos poblacionales hasta hoy más desprotegido: las personas mayores.

*Dr. Salvador Vega y León*  
Rector  
Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco



## Introducción

**E**l Grupo Interdisciplinario de Estudios sobre el Envejecimiento (Giesen) nace en 2012 mediante una colaboración y uniendo esfuerzos en el estudio de la vejez entre la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco y el Instituto Nacional de Geriátría, este grupo interdisciplinario lo conforma un grupo de investigadores que tienen estudios sobre la temática del envejecimiento poblacional y las necesidades del bienestar de las personas mayores.

Ante esta tarea, el equipo de trabajo del Giesen consideró realizar un seminario en el que se abordarán aspectos relacionados en aras de construir mejores escenarios ante la situación del envejecimiento de la población. Durante la celebración del Seminario “Autonomía, autorrealización y derechos humanos de las personas mayores”, cuyo objetivo fue incorporar a la agenda pública el tema de la autonomía y autorrealización como derechos humanos, así como fundamentar la propuesta de creación de una Defensoría de las Personas Adultas Mayores, se desarrollaron temas relativos a los aspectos médicos, geriátricos y bioéticos de la dependencia; la autonomía personal y dependencia; la autonomía, autorrealización y derechos humanos de las personas mayores, así como una visión de lo que se necesita y debe realizarse.

El doctor José Alberto Rivera Márquez se refirió a los aspectos generales de la dependencia como visión global, y señala que la dependencia no surge o se agota en la pérdida de capacidades físicas o mentales y que tampoco es una característica de la vejez, sino que la dependencia parte de la generación de mayor desigualdad y pobreza entre grupos que dejan de ser útiles en términos productivos y son entonces dependientes económicos que agudizan la pérdida de funcionalidad y autonomía y señaló como obligación del Estado, dirigir políticas públicas a los ancianos y ancianas consecuentes con un enfoque de derechos.

El doctor Luis Miguel Gutiérrez Robledo, al referirse al tema de la dependencia a la autonomía en reflexión sobre el valor intrínseco de la vejez, analiza el problema que se vive actualmente, es la convivencia de cuatro y hasta cinco generaciones, que no tienen el espacio social para dar cabida a las mismas y es ahí donde surge el conflicto y señala que además de valorar las capacidades de los adultos mayores, éstos deben desarrollarse para permitir consolidar los lazos entre generaciones. No se trata solamente de reivindicar los derechos de los adultos mayores como un deber moral o social, sino se trata, más bien, de hacer de la autorrealización un valor intrínseco a la propia vejez, que haga sentir que vale la pena vivirla y que mas allá de lo que se haga desde la perspectiva de derechos humanos, debe reconocerse la responsabilidad que tanto a nivel individual como comunitario se genera con la perspectiva de éstos, los derechos humanos.

Por su parte, el doctor Manuel Ruiz de Chávez, refiere en el tema políticas públicas, bioética y dependencia, que la bioética es una de las diversas perspectivas desde donde se puede tratar el tema del envejecimiento, porque se constituye como un espacio dialógico e interdisciplinario que abarca temas y conflictos éticos diversos y el envejecimiento es uno de ellos. Señala también que algunos de los principales aspectos bioéticos en torno al envejecimiento, tienen que ver con la vulnerabilidad asociada a la vejez y generada a partir de la dependencia que resulta por la falta de oportunidades y por la discriminación. Sin embargo, no debe perderse de vista la importancia en el ejercicio de la autonomía porque, señala, al momento en que una persona ya no es competente, necesitará ser protegida para no afectar sus derechos, en razón a esa vulnerabilidad, que a su vez genera el deber moral de proteger al sujeto en las etapas diversas de la vida.

Por lo que hace a la concepción de autonomía, dependencia y discapacidad, la maestra Liliana Giraldo y la doctora Victoria Arango al respecto refieren que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como discapacidad las deficiencias, limitaciones de la actividad y las restricciones de participación, en tanto que la autonomía es la capacidad percibida de controlar y tomar decisiones de cómo vivir la vida siguiendo normas propias y preferencias. A la dependencia la sitúan desde el punto de vista ambiental relacionada con la salud, como un estado derivado de condición médica prolongada, que por las restricciones diarias, requieren del soporte de un tercero y señalan como una línea de acción a seguir, el trabajo en una visión integradora que incluya al individuo, sociedad y ambiente.

En cuanto al tema de la autonomía y dependencia como indicadores y prevalencia en el escenario nacional e internacional, la doctora Mariana López Ortega manifestó la importancia de contar con indicadores de autonomía y dependencia, para conocer quiénes son las personas afectadas y cifras determinadas, que son afectadas por el crecimiento de la población, lo que conlleva a un crecimiento acelerado de enfermedades crónicas y puntualiza que para que las personas puedan gozar de autonomía y funcionalidad, es necesario contar con datos y cifras específicas de quienes tienen discapacidad que no pueden ejercer su autonomía y derechos, que permitan generar estrategias para la prevención y retraso de la discapacidad y apoyo a quienes ya la tienen.

El actuario Javier Enrique Jiménez Bolón, al abordar el tema de la prevención de las situaciones de dependencia, señala que la atención a la causa y efectos de la dependencia debe ser una responsabilidad del Estado mexicano bajo el enfoque de derechos humanos, siendo necesario que en el marco de la planeación nacional de desarrollo del país, exista un mandado explícito que oriente los trabajos de quienes son responsables de la prevención y atención de la dependencia, que involucre a los sectores público, social, privado y académico, así como la integración de los niveles federal, estatal y municipal, también se aportan elementos como base para la construcción de una política pública explícita de atención de la dependencia de las personas mayores.

El doctor Leoncio Lara Sáenz propone, en cuanto al deslinde de la autonomía y la autorrealización como derechos humanos, que los principios reconocidos y establecidos a favor de las personas de edad por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde 1991, así como la reforma constitucional de junio de 2011 en materia de derechos humanos, están referidos también a la autonomía y autorrealización de los adultos mayores y que el Estado mexicano como derechos humanos, habrá de garantizar mediante políticas de Estado desarrolladas por las autoridades relacionadas con acciones que las apliquen para el bienestar de la senectud.

Respecto a las políticas públicas de seguridad y asistencia frente a los derechos de autonomía y autorrealización, el maestro Juan Carlos Ruiz Espíndola se refiere a la evolución de las políticas emitidas por el Estado mexicano en las tres últimas décadas, señalando la emisión de importantes directrices que reconocen a los ancianos que requieren protección; el funcionamiento de seguridad social, educación y pensiones; la participación activa en la sociedad del adulto mayor, aprovechando su experien-



cia, proponiendo el desarrollo de una cultura del envejecimiento, activo, que proporcione protección social y seguridad económica.

El derecho a las pensiones y retiro de las personas mayores, fue el tema abordado por la doctora Berenice Ramírez López, quien considera que el problema principal en el cumplimiento de los derechos es el cómo garantizar su efectiva realización, en tanto que el doctor Gustavo Leal Fernández señala que el retiro no es representativo de júbilo ni de oportunidad, sino que significa enfrentar un envejecimiento precario con ingresos mínimos y que las reformas a las normas protectoras de los adultos mayores, no han sido benéficas para éstos y que las decisiones en torno a la atención de los adultos mayores, están limitadas por la restricción de las condiciones financieras en este campo.

Por último y en cuanto a la creación de una Defensoría de las personas adultas mayores, el doctor Leoncio Lara Sáenz se pronuncia en el sentido de que para garantizar los principios de certeza jurídica, de independencia, autorrealización y dignificación de los ancianos, que son derechos humanos reconocidos por el sistema jurídico y político de México, el establecimiento de una Procuraduría de la Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, garantizaría y representaría los intereses jurídicos de los ancianos, recibiendo trato digno y en cualquier procedimiento judicial que los involucre y con respeto de sus derechos humanos, civiles y políticos. La gratuidad, accesibilidad y calidad de las acciones de representación, asesoría y ayuda social de la Procuraduría de la Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, deberá estar también vinculada con principales características como ser un organismo público, autónomo, con jurisdicción nacional dedicado a la defensa especializada y ágil sobre la base del derecho, equidad y buena fe, con procedimientos sencillos que procuren el buen cumplimiento y observancia de los derechos humanos de los adultos mayores.

Presentamos esta publicación, con los primeros avances de la investigación, dada la complejidad del tema, que esperamos queda abierta a nuevos resultados que accionen las propuestas a favor de las personas mayores en autonomía, autorrealización y derechos humanos, con el propósito de poder responder a la necesidad de incorporar en la agenda pública los temas aquí tratados y que nos atañen a todos los mexicanos.

*Dr. Leoncio Lara Sáenz*  
Miembro fundador del Giesen

# Aspectos generales de la dependencia: una visión global

José Alberto Rivera Márquez\*

## INTRODUCCIÓN

**E**n la actualidad, es común pensar que “dependencia, vejez y envejecimiento” son sinónimos. Se asume que el viejo siempre depende de la familia, de sus pares, de la asistencia social, de otros. Prevalence la idea de que los ancianos carecen de autonomía, que son incapaces de decidir por sí mismos, y deben ser cuidados por su edad, porque son viejos. Estos prejuicios colocan a la vejez y al envejecimiento como “problemas sociales que deben ser resueltos” y no como procesos propios del ciclo de vida en los que la disminución de algunas capacidades físicas y mentales es natural, pero no necesariamente debe traducirse como pérdida de la autonomía (Scolich, 2005; Rizo-López, 2007; Puijalón, 2009; Arroyo-Rueda, 2011). La dependencia de las personas mayores a otras personas, instituciones o ámbitos, ya sea por limitaciones físicas o mentales, se relaciona con la dificultad de los ancianos para llevar a cabo actividades de la vida diaria. De acuerdo con el Comité de Ministros del Consejo de Europa, la dependencia:

[...] es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a 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. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se

caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 1998:3).

En México, las fuentes de información sobre dependencia en la vejez son escasas y se refieren esencialmente a la de tipo funcional. Con datos del *Censo de Población y Vivienda 2010* (INEGI, 2010) se estima que, a nivel nacional, 13.2% de las personas de 60 a 69 y 29.5% de las personas de 70 y más años tuvo alguna limitación para realizar actividades de la vida diaria (INEGI, 2010). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, (Ensanut, 2012), en México, cerca de la mitad 48% de los sujetos de 60 y más años de edad presenta alguna discapacidad, y más de 500 mil se encuentran en situación de dependencia. A nivel nacional, poco más de la cuarta parte de la población adulta mayor tuvo algún tipo de limitación para llevar a cabo actividades de autocuidado, tales como caminar, vestirse, levantarse de la cama o bañarse. La Ensanut 2012 también reporta que las prevalencias y la severidad de la discapacidad son mayores entre las ancianas, en los más viejos, en los sujetos que viven en condiciones de pobreza y entre quienes tienen menor grado de escolaridad (Gutiérrez *et al.*, 2012).

Sin embargo, el estudio de la dependencia en los sujetos ancianos, así como durante la vejez y el envejecimiento, debe ir más allá del análisis o la medición de las limitaciones para realizar actividades de la vida diaria o de autocuidado. Sin pretender minimizar su importancia para la salud pública, estas limitaciones son expresiones muy concretas de procesos de un alto grado de generalidad que rebasan con mucho la capacidad individual y las dimensiones puramente biológicas, físicas y mentales de la ausencia de independencia en poblaciones adultas mayores.

#### REPENSANDO LA DEPENDENCIA DESDE SUS DETERMINANTES ESTRUCTURALES

Con el envejecimiento ocurren cambios biológicos y emocionales asociados con una disminución en la funcionalidad de los sujetos. Varía también la necesidad de ayuda y en ocasiones ésta se incrementa con la edad. Pero a pesar de que tales cambios son comunes en un envejecimiento normal y activo, existen elementos que aceleran la pérdida de vida saludable

y potencian el deterioro de la calidad de vida en las personas mayores. Destacan, por ejemplo, la falta de acceso a servicios de salud y seguridad social, la imposibilidad de generar recursos propios y transformar los ya disponibles (en caso de haberlos), la ausencia de redes sociales de apoyo, un acceso incierto o limitado a los alimentos, así como un entorno social adverso (Rivera, 2005).

Estos procesos se originan en un momento histórico particular en el que las contradicciones propias de un patrón de acumulación capitalista de corte neoliberal generan riqueza –producida socialmente– y al mismo tiempo crean mayor desigualdad y pobreza como resultado, entre otras razones, de una inserción desigual de los colectivos humanos a los procesos productivos, así como de formas desiguales de participación en el consumo para satisfacer sus necesidades. Ambas condiciones explican las grandes diferencias observadas entre grupos sociales, particularmente en países, regiones y sociedades altamente dependientes, donde los contrastes socioeconómicos son muy marcados. En esta lógica de acumulación donde los criterios productivistas le asignan valor a la vida humana por encima de cualquier argumento, tanto los ancianos como los sujetos que envejecen han dejado de ser útiles para el capital y por lo tanto son excluidos, marginados y discriminados. En síntesis, han dejado de ser productivos en un sentido estrictamente económico.

La producción y reproducción del capital están asociadas a “lo joven”, a “la juventud”, a etapas tempranas de la vida en las cuales se exige a los sujetos desarrollar habilidades físicas e intelectuales en el menor tiempo posible, compitiendo constantemente entre ellos mismos, con el objeto de acumular la mayor cantidad de riqueza, sin importar el grado de explotación al que son sometidos. Los sujetos que lograron insertarse a la producción cuando eran jóvenes o adultos arriban a la vejez desgastados, con escasas oportunidades de vivir de manera digna los momentos finales del ciclo de vida. Se les desecha, se les confina y ya no resulta rentable “repararlos” para ser reinsertados a la vida productiva. Para muchos otros las experiencias prolongadas o recurrentes de desempleo y subempleo –que también resultan de las contradicciones propias del actual patrón de acumulación de capital– imponen obstáculos a la posibilidad de envejecer y vivir una vejez independiente, en el sentido más amplio del término.

Todas estas causas estructurales explican que los sujetos viejos dependan, sean vulnerables, se fragilicen, pero también determinan las formas en que puedan hacerle frente a la adversidad.

Que durante la vejez ocurra una merma en algunas funciones, o que el ritmo con el que se desarrollan ciertas actividades sea cada vez más lento, no implica que los ancianos no tengan capacidades físicas e intelectuales para trabajar, para decidir, para crear. Sin embargo, la imposibilidad de seguir siendo productivos, de acceder a una fuente de ingresos propios, de contar con una pensión para el retiro o, en su caso, con sistemas de protección social cuando no se tiene acceso a tal derecho, puede tener impactos negativos tanto en la salud física como mental, en la movilidad, así como en el desarrollo de actividades de la vida diaria. Existe evidencia de que los efectos anteriores puede ser aún más adversos en sujetos que se retiran de manera involuntaria o en quienes han sido forzados a hacerlo (Dave *et al.*, 2006). Por su parte, las relaciones entre desempleo, trabajo precario y morbilidad, particularmente la de tipo mental, han sido ampliamente documentadas (Blake, 1995; Murphy y Athanasou, 1999; Dooley *et al.*, 2000; García, 2010; García Ubaque *et al.*, 2012). En los ancianos el desempleo no sólo agudiza las enfermedades presentes, sino que además incrementa el riesgo de padecer otras (Schwefel, 1986; Liwowsky *et al.*, 2011). Se ha propuesto que las reformas orientadas a estimular la participación de los viejos en actividades laborales no sólo contribuirían a reforzar los sistemas de seguridad social, sino también generarían impactos positivos a la salud de este grupo poblacional (Bonsanga *et al.*, 2012).

Estas reflexiones colocan por otro lado el tema de la dependencia durante la vejez y el envejecimiento por encima de la capacidad de los sujetos para desplazarse, vestirse, asearse, comer, hacer llamadas telefónicas, realizar un trámite bancario, etcétera; actividades que en muchas ocasiones deben ser llevadas a cabo –o se exige hacerlas– en condiciones que no necesariamente están pensadas para que las personas mayores resuelvan por sí mismas sus propias necesidades. Se ha observado que algunas adaptaciones a los distintos ambientes donde se desenvuelven los viejos (el hogar, los centros de reunión, la comunidad, etcétera), o ciertos cambios en los llamados “estilos de vida” (dieta, actividad física, etcétera), pueden mejorar su funcionalidad (Pearson, 2000). Sin embargo, la dependencia es una noción compleja y por tanto su análisis no debe restringirse al ámbito de la pérdida del funcionamiento físico. Existen otras formas de dependencia: la económica, ante la falta de alojamiento o ante la necesidad del cuidado de otras personas (Hernández y Ameijide, 2012).

## OTRAS FORMAS DE DEPENDENCIA: ALGUNOS INDICADORES Y CIFRAS

La falta de recursos económicos es una razón por la que muchos adultos mayores dependen no sólo de otras personas, sino también de la asistencia social, siempre y cuando estas fuentes estén disponibles (Del Popolo, 2001). Al final de la década de 1990, estimaciones de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) señalaban que entre 40 y 60% de las ancianas y los ancianos en la región carecían de un ingreso, ya sea por la falta de trabajo o por no contar con una pensión (CEPAL, 2000). En 2006, un tercio de los adultos mayores latinoamericanos disponía de un ingreso menor a dos dólares estadounidense al día (Jackson *et al.*, 2009). Se calcula que entre 2009 y 2050, la tasa de dependencia senil<sup>1</sup> en la región aumentará 3.1 veces al pasar de 10 a 31 individuos de 65 y más años por cada 100 individuos entre 15 y 64 años (UN, 2009). Esto significará cada vez mayores presiones económicas para los hogares, especialmente en países donde los sistemas de seguridad social son menos desarrollados. En América Latina el hogar y la familia siguen siendo fuentes importantes de apoyo económico –y con frecuencia las únicas– para las personas mayores. En 2006, 2 de cada 3 adultos mayores vivía con sus hijos, o dependía de ellos económicamente aun cuando no vivieran en el mismo hogar (Jackson *et al.*, 2009).

En México, para el año 2009, menos de 28% de la población de 60 y más años contaba con una pensión (Ham Chande, 2011). La tasa de dependencia senil en 2010 fue cercana a 10% en todo el territorio nacional, 12.5% en localidades con menos de 2 500 habitantes y 9% en las de 2 500 y más habitantes (INEGI, 2010). En este mismo año cerca de 60% de las personas de 60 a 69 años y alrededor de 80% de las de 70 y más años no tenía una actividad económica. De cada 100 adultos de 60 y más años, 37 carecían de acceso a servicios de salud; alrededor de una cuarta parte no sabía leer ni escribir; 40% no tenía pareja, y aunque más del 80% de los hogares con dos o más miembros y al menos un integrante de 60 y más años estuvo encabezado por una anciana o un anciano, sólo 22% de los hogares en el país tenía una jefa o jefe adulto mayor (INEGI, 2010). Estas cifras son indicativas de la posible situación de dependencia económica

<sup>1</sup> Se refiere al número de adultos mayores que presumiblemente dependen económicamente de personas más jóvenes.

de la población adulta mayor en México, así como también de otras expresiones de precariedad de sus condiciones de vida en los últimos años.

En México, aproximadamente 70% de la población de 60 y más años vive en localidades de 5 000 y más habitantes (INEGI, 2010), por lo que se trata en esencia de una población adulta mayor predominantemente urbana. En la actualidad cada vez más personas mayores en el mundo viven en ciudades. En 1998, 56 millones de personas adultas mayores eran residentes de áreas urbanas en los llamados países en vías de desarrollo, para 2050 se prevé que la cifra llegue a 908 millones de personas (WHO, 2007).

#### VEJEZ, DESIGUALDAD Y DEPENDENCIA: UN ESTUDIO DE CASO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

En general, las ciudades antagonizan con “la duración y la permanencia” porque la vida en ellas es veloz y fugaz (Hiernaux, 2006). Las dinámicas urbanas son contrarias a los ritmos con los que comúnmente se desarrolla la vida y las relaciones durante la vejez. De acuerdo con Puijalón:

En nuestra sociedad, es imperativo “mantenerse joven” para poderse adaptar a un mundo que cambia tecnológicamente más rápido que nosotros [...] El tiempo es un adversario que hay que vencer [Paradójicamente, para] poder mantenerse joven, adaptarse continuamente, cambiarlo todo, vivirlo todo de nuevo, hay algo que no debe cambiar: el cuerpo tiene que seguir joven, apto, dinámico [...] Cada vez se es socialmente viejo más pronto y biológicamente viejo más tarde (2009:10-11).

El ambiente urbano puede ser potencialmente adverso para los viejos por las precarias condiciones de higiene y por la contaminación; por el ruido y la falta de tranquilidad; por la imposibilidad de caminar y detenerse a descansar en sitios adecuados; por las dificultades para socializar y por la ausencia de paisajes con vegetación, agua y otros elementos de la naturaleza, entre otros aspectos (Day, 2010).

La Ciudad de México es un ejemplo claro de lo anterior. Figura como un territorio con algunos de los estándares de calidad de vida más altos en el país, pero simultáneamente es generadora de condiciones de vida profundamente heterogéneas (Blanco *et al.*, 1997; Parnreiter, 2005). Su dinámica y formas organizativas son contrarias a lo que reconoce la Or-

ganización Mundial de la Salud (OMS) como elementos que debe tener una ciudad adecuada para las necesidades específicas de las personas mayores, así como para el desarrollo de un envejecimiento sano y activo. Entre estos elementos destacan: transporte, vivienda, participación social y cívica, respeto, empleo, acceso a la información y posibilidades para comunicarse, así como apoyos comunitarios y servicios de salud (WHO, 2007). Un ambiente hostil potencia discapacidad y deterioro en los ancianos (Day, 2010).

En 2003 se llevó a cabo un estudio en el que se analizaron asociaciones entre desigualdad, inseguridad alimentaria y malnutrición en 1 263 varones y mujeres de 70 y más años residentes de la Ciudad de México y su Zona Metropolitana. En este trabajo se encontró una asociación negativa entre limitación de AIVD y estrato socioeconómico.<sup>2</sup> Las prevalencias fueron, respectivamente, 11.5 y 19% para los estratos socioeconómicos más bajo y más alto ( $p < 0.000$ ). Esto podría atribuirse al hecho de que en condiciones de mayor pobreza, y con escasa ayuda de otros, los ancianos deben resolver por sí mismos sus necesidades a pesar de las limitaciones físicas, las cuales, además, podrían no ser reconocidas como tales (Cuadro 1). Los resultados anteriores se contraponen con una lógica de causalidad en la que se espera que, a peores condiciones de vida, la funcionalidad de los ancianos sea menor, tal y como se ha demostrado en algunos estudios (Gurland, 1998; Koster *et al.*, 2006; Hairi *et al.*, 2010). En este mismo estudio se analizaron indicadores a partir de los cuales se pueden inferir otras formas de dependencia en la vejez, más allá de la que significa la disminución de la funcionalidad física.

Pese a que las diferencias entre estratos no fueron estadísticamente significativas, la falta de un ingreso afectaba en promedio a 2 de cada 10 ancianos; una proporción similar se aprecia en la ausencia de apoyo cuando se necesita dinero. Aunque en promedio 40% de los hogares estudiados no estaban encabezados por una anciana o anciano, el análisis por estrato revela una proporción mayor de hogares sin una jefa o jefe de 70 y más años en el quintil V que en el I (respectivamente, 52.2 frente a 29.7%;  $p = 0.000$ ). En países en vías de desarrollo es cada vez más común

<sup>2</sup> Medido según quintil de gasto *per cápita* en el hogar, como indicador *proxy* de pobreza por condiciones de consumo, en donde el quintil I hace referencia al estrato más pobre y el quintil V al de mejores condiciones socioeconómicas.



la jefatura del hogar a cargo de personas adultas mayores, ya sea por prácticas culturales muy arraigadas respecto a la autoridad que representa un sujeto viejo; por las constantes presiones económicas o las dificultades para acceder a un hogar en las generaciones más jóvenes, o bien porque los ancianos han podido acceder a recursos por vía de una pensión (Ruggles y Heggeness, 2008), lo que significa una fuente de ingreso más (y en algunos casos la única) para el hogar. En este estudio, al menos un anciano en el 62% o más de los hogares de cada estrato contaba con una pensión no contributiva (resultados no mostrados en el cuadro). En los estratos más pobres, la presencia de esta fuente de ingresos, lo mismo que un mayor apego a las tradiciones que se refieren al reconocimiento de la autoridad en el hogar, bien podrían explicar una mayor proporción de jefas o jefes ancianos que en los estratos menos pobres. Sin embargo, sería importante analizar los datos por tamaño y tipo de hogar, por el número y tipo de fuentes de ingreso, así como por indicadores de género, entre otros.

A medida que la pobreza es más aguda los porcentajes de baja escolaridad (menos de primaria) son mayores entre los ancianos: 84 frente a 49% para los quintiles I y V, respectivamente ( $p=0.000$ ). En el mismo sentido, la proporción de viviendas en condiciones materiales no adecuadas para la salud de las personas mayores crece a medida que la pobreza lo hace: 77.3 frente a 41.8%, para los quintiles I y V, respectivamente ( $p=0.000$ ).

En promedio, poco más de una cuarta parte de la población de estudio carecía de acceso a servicios de salud, aunque las diferencias por estrato socioeconómico no fueron significativas. Lo que llama la atención es que en el estrato más pobre una mayor proporción de ancianos percibía su salud como no adecuada, en comparación con los sujetos del estrato menos pobre (respectivamente, 32.4 frente a 22.1%;  $p=0.000$ ).

Tres indicadores que evidencian la ausencia de apoyo emocional en la población de estudio son: no tener con quien platicar, comer sola o solo la mayor parte del tiempo y no decidir sobre la preparación de los alimentos. Este último indicador refleja, además, la imposibilidad de tomar decisiones importantes no sólo para sí mismo, sino también para la dinámica del hogar. En el primero de este conjunto de indicadores no se observan diferencias significativas entre estratos. La mitad de los ancianos más pobres carecía de compañía cuando ingería sus alimentos, mientras que poco más de la cuarta parte de los sujetos en el estrato menos pobre reportó esta misma experiencia ( $p=0.000$ ). La condición de no decidir sobre cómo preparar sus propios alimentos se distribuye, en cambio, en un sentido inver-

CUADRO 1  
Indicadores seleccionados de dependencia según quintil de gastos en el hogar per cápita  
en población de 70 y más años. Ciudad de México, 2003

	I		II		III		IV		V		p
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Vida dependiente o casi dependiente (LAIVD)	11.5	29	13.8	35	15.9	40	18.6	47	19.0	48	0.000
Sin fuente de ingreso	23.8	61	17.7	43	19.2	48	21.3	53	22.5	56	0.545
No tiene quien le ayude con dinero	21.9	56	19.7	48	23.2	58	18.1	45	16.1	40	0.270
No es jefa(e) de su hogar	29.7	76	37.4	91	39.2	98	41.8	104	52.2	130	0.000
Menos de primaria	84.0	215	76.1	185	74.0	185	61.8	154	49.0	122	0.000
Vivienda en condiciones materiales no saludables	77.3	198	62.5	152	58.4	146	49.4	123	41.8	104	0.000
Sin servicios de salud	43.0	110	33.3	81	38.8	97	38.1	95	40.6	101	0.796
Salud no adecuada (auto-reportada)	32.4	83	28.4	69	22.4	56	23.7	59	22.1	55	0.000
Come solo la mayor parte del tiempo	54.7	140	41.1	100	34.4	86	32.1	80	28.1	70	0.000
No tiene con quien platicar	28.1	72	22.2	54	22.8	57	22.1	55	20.1	50	0.038
No decide cómo prepara sus alimentos	18.7	48	20.2	49	21.2	53	25.7	64	26.9	67	0.032

FUENTE: encuesta directa.

so al indicador anterior, ya que, a mejor nivel socioeconómico, menor proporción de sujetos que toman la decisión antes referida: 26.9 frente a 18.7%, para los estratos alto y bajo, respectivamente ( $p=0.032$ ).

Los resultados de este trabajo llaman la atención sobre posibles formas en las que, ante condiciones de pobreza y desigualdad, los ancianos son dependientes más allá de las dimensiones físicas o mentales del término. Las carencias sociales, económicas y ambientales fragilizan a los ancianos (Marple y Browne, 2003), generándoles formas complejas de dependencia.

## CONCLUSIONES

El análisis de la dependencia en los ancianos no es sencillo porque involucra procesos de distinta naturaleza y complejidad. Existen formas y expresiones de dependencia en la vejez, más allá de la disminución de la funcionalidad física y las capacidades intelectuales. Las carencias económicas, la falta de protección social, la imposibilidad de participar en la toma de decisiones, el abandono y la ausencia de ambientes saludables fragilizan a los sujetos viejos, los hacen dependientes. La determinación de la dependencia es social e histórica, responde a una lógica de acumulación en la que la vida y sus distintas etapas interesan en la medida en la que generan plusvalor. Los ancianos han dejado de ser útiles en esos términos y para muchos sólo queda esperar la muerte en condiciones de abandono social, y con frecuencia familiar. En este trabajo se han analizado algunos datos para América Latina y México, a partir de los cuales es posible generar hipótesis para aproximaciones más pormenorizadas a los distintos ángulos y matices del tema.

Las políticas públicas para enfrentar la dependencia deben reconocer la complejidad antes descrita, superando las ideas tradicionales –y prejuiciosas– que sugieren que los adultos mayores son improductivos y enfermos por definición, que constituyen una carga para los hogares, para otros sujetos y para el Estado. Asimismo, deben partir del hecho de que los viejos constituyen un grupo poblacional heterogéneo y que, en consecuencia, sus necesidades y carencias no son iguales en todos.

Es una obligación de los Estados que las políticas públicas dirigidas a las ancianas y a los ancianos sean consecuentes con un enfoque de derechos. En México, por ejemplo, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de 2002, y con reformas en el 2012, representa un avan-

ce en el reconocimiento de los viejos como sujetos de derecho, pero aún falta por hacer. Desde la academia es posible contribuir a fortalecer la ley y las intervenciones que apunten al mejoramiento de la calidad de vida en este sector de la población.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo Rueda, M.C. (2011), “Sentirse ‘una carga’ en la vejez: ¿realidad construida o inventada?”, *Revista Kairós Gerontología*, vol. 14, núm. 6, pp. 05–29.
- Blake Turner, J. (1995), “Economic context and the health effects of unemployment”, *J Health Soc Behav*, vol. 36, núm. 3, pp. 213-229.
- Blanco Gil, J., O. López Arellano, J.A. Rivera Márquez (1997), “Calidad de vida”, en R. Eibenschutz Hartman (coord.), *Bases para la planeación del desarrollo urbano en la Ciudad de México*, tomo I: Economía y sociedad en la metrópoli, México, Porrúa/UAM-Xochimilco, pp. 153-193.
- Bonsanga E., S. Adamb y S. Perelmanc (2012), “Does retirement affect cognitive functioning?”, *Journal of Health Economics*, vol. 31, núm. 3, pp. 490-501.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2000), *Panorama social de América Latina, 1999-2000*, Santiago de Chile, CEPAL/Naciones Unidas.
- Comité de Ministros del Consejo de Europa (1998), “Recomendación No. (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. (Adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641 reunión de Delegados Ministros)”, Bruselas, Consejo de Europa [<http://bit.ly/10bGqNJ>], fecha de consulta: 20 de febrero de 2013.
- Dave, D., I. Rashad, J. Spasojevic (2006), *The effects of retirement on physical and mental health outcomes*, Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research.
- Day, R. (2010), “Environmental justice and older age: consideration of a qualitative neighbourhood-based study”, *Environment and Planning*, vol. 42, núm. 11, 2658-2673.
- Dooley, D., J. Prause y K.A. Ham-Rowbottom (2000), “Underemployment and depression: longitudinal relationships”, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 41, núm. 4, pp. 421-436.
- García Ubaquel, J.C., M.I. Riaño Casallas y J.A. Benavides Piracón (2012), “Informalidad, desempleo y subempleo: un problema de salud pública”, *Salud Pública*, vol. 14, núm. 1, pp. 138-150.
- García, A.M. (2010), “Mercado laboral y salud. Informe SESPAS 2010”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 24, núm. 1, pp. 62-67.

- Gurland, B.J. (1998), “The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons”, *Journal of Aging and Health*, vol. 10, núm. 1, pp. 81-98.
- Gutiérrez, J.P., J. Rivera Dommarco, T. Shamah Levy, S. Villalpando Hernández, A. Franco, L. Cuevas Nasu, M. Romero Martínez, M. Hernández Ávila (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hairi, N.N., A. Bulgiba, R.G. Cumming, V. Naganathan, I. Mudla (2010), “Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among community dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country”, *BMC Public Health*, vol. 10, núm. 492 [<http://bit.ly/11Ag2kx>], fecha de consulta: 1 de marzo de 2013.
- Ham Chande, R. (2011), “Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México”, en Consejo Nacional de Población (Conapo), *La situación demográfica de México, 2011*, México, Conapo, pp. 141-155.
- Hernández Rodríguez, G. y L. Ameijide Estévez (2012), “Ancianidad, memoria y prevención de la dependencia”, en M.T. Bazo (coord.), *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa*, Valencia, Nau Llibres, pp. 127-144.
- Hiernaux, Daniel (2006), “Repensar la ciudad: la dimensión ontológica de lo urbano”, *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. 4, núm. 2, pp. 7-17.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010), *Censo de Población y Vivienda 2010*, Aguascalientes, México, INEGI [<http://bit.ly/11AgFKT>], fecha de consulta: 10 de marzo de 2013.
- Jackson, R., R. Strauss y N. Howe (2009), *El desafío del envejecimiento en América Latina. Demografía y Políticas Previsionales en Brasil, Chile y México*, Washington, DC, Global Aging Initiative/Center for Strategic and International Studies.
- Koster, A., H. Bosma, M.I. Broese van Groenou, G.I.J.M. Kempen, B.W.J.H. Penninx, J.Th.M. van Eijk y D.J.H. Deeg (2006), “Explanations of socioeconomic differences in changes in physical function in older adults: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam”, *BMC Public Health*, vol. 6, núm. 244 [<http://bit.ly/12GEKRB>], fecha de consulta: 1 de marzo de 2013.
- Liwowsky, I., R. Mergl, A.K. Allgaier y U. Hegerl (2011), “Prevalence of mental disorders in the elderly long-term unemployed. Comparison of results of the project KompaQT and the German National Health Interview and Examination Survey”, *Neuropsychiatr*, vol. 25, núm. 1, pp. 36-43.
- Markle Reid, M. y G. Browne (2003), “Conceptualizations of frailty in relation to older adults”, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 44, núm. 1, pp. 58-68.

- Murphy, G.C. y J.A. Athanasou (1999), "The effect of unemployment on mental health", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 72, núm. 1, pp. 83-99.
- Parnreiter, C. (2005), "Tendencias de desarrollo en las metrópolis latinoamericanas en la era de la globalización: los casos de Ciudad de México y Santiago de Chile", *EURE*, Santiago de Chile, vol. 31, núm. 92, 5-28.
- Pearson, V.I. (2000), "Assessment of function in older adults", en: R.L. Kane y R.A. Kane (eds.), *Assessing older persons. Measures, meaning and practical applications*, Nueva York, Oxford University Press, pp. 17-48.
- Puijalón, B. (2009), "Autonomía y vejez: un contexto cultural, un enfoque político, una propuesta filosófica", en Fundació Víctor Grífols i Lucas (ed.), *Autonomía y dependencia en la vejez*, Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas, pp. 10-27.
- Rivera Márquez, J.A. (2005), "Malnutrition, food insecurity and poverty in older persons from Mexico City", PhD Thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido.
- Rizo López, A.E. (2007), "Tercera edad: diferentes percepciones y necesidad de relaciones basadas en una nueva ética social", *KAIROS. Revista de Temas Sociales*, vol. 11, núm. 20 [<http://bit.ly/11AiS9i>], fecha de consulta: 24 de febrero de 2013.
- Ruggles, S. y M. Heggeness (2008), "Intergenerational coresidence in developing countries", *Population and Development Review*, vol. 34, núm. 2, pp. 253-281.
- Schwefel, D. (1986), "Unemployment, health and health services in German-speaking countries", *Social Science & Medicine*, vol. 22, núm. 4, pp. 409-430.
- Scolich, N.V. (2005), "Pensar la vejez", *Cartapacio de Derecho*, vol. 9 [<http://bit.ly/11AjaNe>], fecha de consulta: 22 de febrero de 2013.
- United Nations (UN) (2009), *World population ageing 2009*, Nueva York, UN.
- World Health Organization (WHO) (2007), "Global age-friendly cities: a guide", Ginebra, WHO.



## De la dependencia a la autonomía: una reflexión sobre el valor intrínseco de la vejez

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

**E**n 1975, Robert Butler escribió, en su obra ganadora del premio Pulitzer, “Sólo podremos superar la desventaja manifiesta en la diferencial de longevidad a través de la educación, la generación de riqueza y la conquista de la enfermedad [...] lo que sigue en importancia, en mi opinión, es el tema de los derechos humanos de las personas mayores”. Ello hace casi 40 años, su clara visión demostró la problemática relativa a la desventaja social y los derechos humanos de las personas mayores, al pronunciarse acerca de la necesidad de un reconocimiento específico de estos derechos.

En México el tema cobra particular actualidad, pues atravesamos un momento de transición demográfica que nos hace agudamente conscientes de las necesidades aún no resueltas de nuestros mayores. Hoy en día hay más adultos mayores de 60 años que niños menores de 5. Esto en virtud de que a la fecha, hemos mejorado nuestra esperanza de vida, que supera ya los 77 años en promedio al nacimiento (Conapo, 2013). Esto nos coloca en el lugar 44 a escala mundial con un buen desempeño en el indicador aunque con una desigualdad muy importante que prevalece aún, determinada por la grave desventaja social aparejada a la pobreza en que vive la mitad de la población de nuestro país (Global AgeWatch, s/f).

El desarrollo del texto que sigue comprende cinco puntos: primero, la necesidad de reconocer la nueva imagen de la vejez; la realidad ya superó el imaginario que aún prevalece a ese respecto. En segundo lugar, el tema de la autonomía y cómo trascenderla. En seguida se presenta una propuesta acerca de cuál es el paradigma al que debiéramos referirnos en su lugar; y en consecuencia, porqué colocar a la prevención de la dependen-

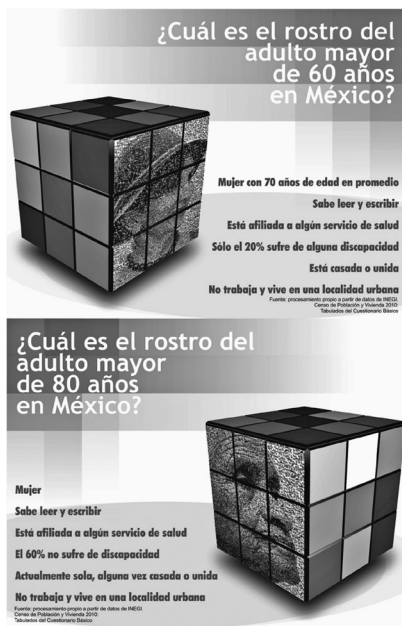


cia en el centro de nuestra preocupación, para cerrar con una reflexión final acerca del enfoque de envejecimiento positivo.

El esquema tradicional de organización de la vida humana ha cambiado dramáticamente casi sin que nos demos cuenta. Nuestra organización social gira alrededor del tradicional reconocimiento de la existencia de tres etapas en la vida humana. Esto se expresa por ejemplo en numerosas representaciones pictóricas, pero en la realidad presente, en una sociedad organizada para acoger a tres, convivimos ya cuatro y en ocasiones hasta cinco generaciones. Es claro que el espacio social para dar cabida a estas nuevas generaciones no existe aún y ello es causa de conflicto. La infancia y la edad adulta ocupan el mismo lugar de siempre, el espacio tradicional de la vejez, lo ocupan los más ancianos; pero aquellos que ahora se encuentran entre la edad adulta y la vejez extrema no encuentran aún su propio lugar.

Pero el punto que nos ocupa en este contexto es ¿cuál es la imagen del envejecimiento en México al día de hoy? (Figura 1)

FIGURA 1



Una manera objetiva de responder a esta pregunta es a partir de la observación de la moda de los datos del Censo 2010. Tal análisis nos muestra cómo la imagen “promedio” corresponde a una mujer plenamente funcional de 72 años, que sabe leer y escribir, que vive en pareja y tiene acceso a servicios de salud. Ciertamente la imagen de esta mujer ya es muy diferente de la imagen tradicional de la abuelita encorvada, desdentada y con bastón. La realidad del envejecimiento en el México de hoy ha rebasado ya los estereotipos que, sin embargo, aún prevalecen. Ahora bien, es cierto que si nos referimos al segmento de la población mayor de 80 años; la imagen de este grupo sigue encajando en el estereotipo prevalente. Ciertamente en esta etapa de la vida, la probabilidad de sufrir una discapacidad es doble, ya no es del 20% sino del 40%, y es cada vez más probable a mayor edad (Cárdenas y González, 2012). De hecho, de acuerdo con los datos de la *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012*, la frecuencia de la discapacidad es aún más elevada y adversamente influenciada por la desventaja social. Es cierto, la probabilidad de vivir discapacitado se dispara después de los 80 años (INSP, 2012). Es interesante también observar cómo la esperanza de vida libre de discapacidad se ha venido desplazando. Al comparar las cifras de prevalencia de la discapacidad para el Censo 2000 es evidente cómo el inicio de la pendiente ascendente de la discapacidad se ha venido desplazando hacia edades más avanzadas. Si bien en parte esto es efecto de la forma como la estamos midiendo, la realidad es que tanto la discapacidad como la morbilidad se están comprimiendo, hacia los últimos años de la existencia.

Con frecuencia se equipara la vejez con la enfermedad y la dependencia. Sin embargo, en un análisis de los datos de la *Encuesta nacional de salud y nutrición 2006* recientemente publicado (González *et al.*, 2011); demostramos cómo el costo de la atención a la salud en familias que tienen adultos mayores en su seno es hasta 50% mayor cuando éstos están enfermos, pero en este mismo artículo también pusimos en evidencia como cuando la persona mayor conserva la salud, en realidad esos costos no se incrementan y el costo de mantenerlos en esa condición es aún menor que en adultos en edad media de la vida. No podemos perder esto de vista, puesto que si logramos diferir el momento en que la enfermedad nos afecta y repercute en la capacidad funcional podemos ganar mucho también en términos de ahorro en gasto en salud.

Un grupo de distinguidos especialistas en envejecimiento publicó en 2012 en *The Lancet* una carta –Lloyd-Sherlock *et al.* (2012)– dedicada a

recordar el tema del Día Mundial de la Salud: la salud de los adultos mayores. En esta carta al editor, se insiste primero en que la creciente longevidad de nuestras poblaciones debe ser motivo de celebración. La “democratización” de la vejez es un logro gigantesco. Seguidamente se destaca que, sí, efectivamente tenemos que reinventar el abordaje de este reto, las fórmulas hasta ahora adoptadas probablemente ya no son las más apropiadas. Debemos reconocer que el tema clave en el fondo es la dependencia. Si al envejecer no deviniéramos dependientes, la vejez en realidad no sería un tema. Es ahí donde está el verdadero reto y donde debemos enfocar nuestra atención.

El reconocimiento de la dependencia como el verdadero reto tras el envejecimiento nos empuja hacia un cambio de paradigmas. A la vez, asumir el nuevo rostro de la vejez, y reconocer la preservación de la autonomía como el principal objeto de nuestro interés. No se trata de cambiar la imagen del envejecimiento. Ésta ya cambió. Ahora hay que hacerlo saber a todos, la situación del envejecimiento en México hoy es diferente; la evidencia disponible da fe de una mejor calidad de vida al envejecer. Las acciones, además de valorizar las capacidades de nuestros mayores deben desarrollarse para permitir la consolidación de los lazos entre las generaciones que van encontrando su espacio en los distintos ámbitos de la sociedad. Así contribuiremos a prevenir la dependencia. Más aún: es necesario trascender el concepto de autonomía. La autonomía es con frecuencia definida como la ausencia de dependencia. El Consejo de Europa define a la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” (MTAS, 2005:21), tal visión es simplista y está desarraigada de los orígenes filosóficos y morales que han hecho del concepto de autonomía el valor fundamental del quehacer gerontológico. Es quizás demasiado limitada. Según la filosofía moral de Kant la autonomía se define como la capacidad de gobernarse a sí mismo guiados tan sólo por el imperativo categórico, principio universal de la ley moral. Presupone la capacidad de juicio, es decir, de prever y de elegir y la libertad de actuar, aceptar o rechazar en función del propio juicio. La autonomía de una persona tiene que ver tanto con la capacidad como con la libertad pero se distingue de esta última. Concierno a la independencia y a la autenticidad de los valores y emociones que mueven al acto. La autonomía “básica” es el mínimo necesario para ser responsable, independiente y capaz de expresarse por uno mismo; implica que los adultos que no sufren de afecciones debilitantes o se encuentran bajo condicio-

nes de opresión son autónomos. La autonomía “ideal”, es un logro al que cabe aspirar y según el cual la persona se vería libre de cualquier influencia ajena que pudiese distorsionar sus intenciones. La autonomía “básica” requiere entonces una base más amplia pues se relaciona con otros “marcadores” de estatus como la responsabilidad moral o legal. Es además un criterio de estatus político. Más aún, el ser autónomo es una barrera frente al paternalismo. La falta de autonomía, como se da en los niños invita a la simpatía y a la piedad o al paternalismo. Ese paternalismo que aún prevalece en muchos modelos de atención al adulto mayor y se torna en un problema en sí mismo.

Las intervenciones paternalistas pueden ser tanto interpersonales como legales. Se distinguen no por la naturaleza de los actos, sino por la justificación que se les atribuye. Conciernen a una interferencia con las acciones o el saber de las personas y contra su propia voluntad con el propósito de hacerles un bien. En la situación que nos ocupa, el respeto de la autonomía debe evitar aquellas intervenciones que involucran un juicio de valor acerca de la capacidad de decidir. Es decir, la autonomía conlleva capacidad de decisión y el paternalismo no la respeta.

Vivimos actualmente una paradoja: la duración de la vida no cesa de aumentar haciendo común y de algún modo, normal a la vejez, pero el desarrollo de los espacios sociales no ha seguido el ritmo de la realidad biológica. Por ello, para nuestros mayores es difícil encontrar su lugar en la sociedad y correlativamente, un valor a su vejez.

Se hace necesario entonces un cambio de paradigma pasando del principio de autonomía (optimización de la vejez) o incluso, y muy particularmente, contra la corriente de la medicina antienvjecimiento que refleja la tendencia a la negación de la vejez; hacia el deseo de envejecer para culminar la autorrealización; y sobre todo, el reconocimiento del valor intrínseco de la propia vejez.

Pues cada edad tiene sus placeres, su ánimo y sus costumbres (Boileau, 1941) y merece ser vivida con plenitud y aquí entra la perspectiva de ser. No se trata de combatir el envejecimiento como a una plaga, sino de aceptarlo, reconocerlo y vivir al máximo con todas las oportunidades que nos ofrece.

No sólo se trata de reivindicar la necesidad de un deber moral o social con respecto a los mayores. Ello ha tenido como consecuencias, entre otras, la infantilización o peor aún, la sobrevaloración compensatoria. Pensar en el valor intrínseco de la vejez invita a seguir el camino inverso:

hacer que mediante la autorrealización, el valor intrínseco de la propia vejez se proyecte hacia nosotros y cambie nuestra concepción al respecto. Se trata de permitir que el *ethos* impregne las normas sociales y de conseguir que los cambios institucionales no sean enteramente dictados por las variables económicas o las directrices tecno-científicas. Se trata también de permitir que el impulso vital y el carácter de esta etapa impregnen las normas sociales y nos permitan llevar a cabo las transformaciones institucionales y del espacio social que se requieren conseguir.

Queremos alcanzar una redefinición de normas y valores a este propósito desde la ética, pero admitiendo que la ética no es ni del orden de la moral social o de las normas efectivamente aplicadas, ni del orden de la moral del deber o de las obligaciones formales donde se pierden los valores; es en el marco de una ética de vida, el *ethos*, en el modo de ser, donde se debe incidir. Se trata entonces de ubicarse del lado del deseo, de la afirmación, y de expresar así el deseo de vivir y de actuar de acuerdo con cada etapa de la vida en que nos encontremos. Incluso, y particularmente, aceptando y dándole un sentido positivo al envejecer.

Es así que podríamos trascender el valor de la autonomía, y valorar mejor a la vejez, como una etapa plena de la vida humana que merece ser vivida. Ello nos conduce a la necesidad de un cambio de paradigma. Muchos adultos mayores en este contexto esperan ahora una nueva transición: pasar de ser objetos de protección a ser sujetos de derechos, con acceso pleno a las libertades y servicios fundamentales que la mayoría de las personas dan por sentados, desarrollados en forma respetuosa y sensible a las diferencias. Se trata pues de dejar atrás la concepción de la atención al envejecimiento como cuestión de caridad o de asistencia social y adoptar la perspectiva de satisfacción de derechos. Así como hoy hemos hecho realidad el derecho al acceso a la salud, aspiramos a hacer realidad el derecho de tener una vejez saludable y activa.

Se trata de cambiar la imagen de la vejez para permitir un ejercicio vivo de los derechos humanos de los adultos mayores. En las representaciones sociales, la asimilación de la vejez a la dependencia conduce a una homogeneidad equívoca: la de la pérdida de la autonomía y de la facultad de decidir por uno mismo al envejecer. La primera no implica la segunda. Sabemos bien que no es el caso; 80% de los mayores de 60 años son plenamente independientes, no tienen discapacidad alguna. Sin embargo, es significativo que se insista sobre la libertad de elegir como si los adultos mayores estuviesen hoy todos privados de un derecho que se reconoce

para los demás y que no se les podría devolver sino a partir de una solemne declaración.

Ahora bien, para permitir que los adultos mayores hagan valer esta libertad en cualquier circunstancia, se requiere de dispositivos que permitan la expresión de la voluntad aun en presencia de deterioro cognoscitivo. Dispositivos que por anticipación, o por delegación del poder en una tercera persona, podrían ser puestos en práctica (mandato de protección futura, designación de una persona de confianza, y no sólo directrices anticipadas). A este respecto encontramos una serie de barreras que han de ser superadas: primera: la existencia de zonas grises donde la capacidad de decisión de la persona puede ser puesta en entredicho o expresarse tan sólo de manera no verbal. Segunda: la necesidad de articular la libertad individual de decisión del adulto mayor con las posibilidades de su entorno (vg. la entrada en institución). De manera más general el riesgo individual asumido por el adulto mayor (vg. rechazo de la atención) puede entrar en conflicto con los principios éticos de la colectividad o tener consecuencias adversas para ésta.

Dicho lo anterior, no podemos cerrar los ojos y decir que al envejecer la vulnerabilidad y la fragilidad no existen. Ciertamente al estudiar a las poblaciones de edad avanzada enfrentamos esta ambivalencia: efectivamente, casi 70% de nuestros mayores se encuentran en buenas condiciones de salud, pero 25% tiene alguna discapacidad y 5% son totalmente dependientes, estamos hablando de cerca de 600 mil personas en situación de absoluta dependencia (ESDS, 2013). Un factor agravante es la desventaja social. Es bien conocido el fenómeno del precoz envejecimiento de los más pobres (Crimmins *et al.*, 2009). Y en la más reciente *Encuesta nacional de salud y nutrición* se observa con claridad el gradiente social del deterioro funcional. Los pobres son mucho más vulnerables desde esta perspectiva y exhiben una mayor probabilidad de discapacidad en función del quintil de ingreso.

Si bien en México tenemos un buen desempeño en indicadores como la esperanza de vida al nacimiento y a los 60 años, adolecemos aún de una considerable brecha entre la esperanza de vida y la esperanza de vida en salud. Tenemos una esperanza de vida de 77 años en promedio y una esperanza de vida en salud de apenas 65. Enfrentamos además el riesgo de que esa brecha se siga ensanchando pues el perfil de salud de los mexicanos más jóvenes no es mejor que el de los viejos. En los próximos años enfrentaremos una considerable expansión de la morbilidad, pasaremos más

tiempo en vida, pero bajo la carga de la enfermedad y eventualmente de la dependencia. En ese sentido, es importante actuar de inmediato en dos vertientes: con una perspectiva de curso de vida, desarrollar programas de acción específica para la prevención de la dependencia entre la población que va avanzando en edad, y en paralelo, desarrollar un sistema de cuidados de largo plazo de base comunitaria del cual adolecemos.

Por ello y por otras razones que dificultan el acceso a los servicios, debemos admitir que nuestro sistema de salud se ha tornado ineficiente para abordar la salud del adulto mayor, y en particular, una vez que el deterioro de su salud compromete la capacidad funcional.

La dependencia que afecta al menos al 5% de la población de adultos mayores mexicanos y el deterioro funcional que compromete al menos al 25% afecta seriamente la calidad de vida. Además, este fenómeno, aún oculto, es en realidad ya muy oneroso. ¿Qué tanto? A partir de la revisión de las cuentas nacionales de salud, podemos cuantificar el valor del trabajo no remunerado en salud. Éste corresponde al trabajo que desempeñan las familias cuidando de sus enfermos y dependientes. Su valor es equiparable al gasto total en atención hospitalaria, es decir, 19% frente a 21% del PIB de salud total (INEGI, 2012).

Esta sola constatación basta para poner en evidencia porqué la prevención de la dependencia debe constituirse en el principal objetivo de la atención del adulto mayor. Necesitamos, para ello, insertar el enfoque gerontológico o de edad en la totalidad de las políticas públicas, así como lo hemos venido haciendo con el enfoque de género. Esto permitirá que de una manera transversal avancemos hacia una sociedad más saludable que permita con una mayor probabilidad permanecer a lo largo de la vida en condiciones de autonomía, es decir, envejecer sanos y activos. Ahora bien, ciertamente es deseable evitar la indiscriminada generalización de estas acciones. En un contexto de limitación de recursos para este propósito, es muy importante, en una primera etapa, focalizar las acciones en poblaciones específicas, en razón de condiciones de riesgo tales como la fragilidad o la vulnerabilidad social. Debemos además seguir interviniendo para disminuir la brecha de la desventaja social con acciones como las micro-pensiones no contributivas; y a ello hay que sumar una serie de intervenciones, bajo la línea de las establecidas en el programa de ciudades amigables con los adultos mayores, para disminuir las barreras del entorno y contribuir así a mitigar el riesgo de dependencia en todas sus formas.

En la actualidad, los planes de ayuda que tenemos se centran fundamentalmente en el apoyo económico a los individuos. Hemos comenzado a desarrollar en algunos entornos un trabajo sistemático orientado a la formación de cuidadores formales e informales. En general enfatizando en el capital humano para apoyar al adulto mayor frágil cuando que, en realidad, las alternativas de apoyo posible son muy diversas y no han sido suficientemente consideradas. Ni siquiera la declaración de Brasilia incluye un abordaje sistemático de la prevención de la dependencia, en realidad las acciones que ahí se proponen son todavía de alcances limitados a este respecto, tendríamos que avanzar mucho en la identificación y en el control de la incidencia de los factores de riesgo de devenir dependientes. Para ello es necesario además generar un nuevo modelo de atención médico social que nos permita un abordaje global de las acciones de prevención de la dependencia. Hay que tener muy presente además, que ello no será posible sin la participación activa y comprometida de la comunidad y de la familia. Cualquier política pública que se genere en este sentido ha de considerar los incentivos necesarios para mantener y acrecentar esta participación familiar y comunitaria. Es claro que para avanzar, necesitamos también seguir generando conocimiento en este ámbito.

Para concluir, podemos abordar el tema del envejecimiento desde dos puntos de vista, en apariencia encontrados. Por una parte con una perspectiva de suma cero, es decir, como un problema, un conflicto, en pocas palabras: el apocalipsis de los viejos, que es un pozo sin fondo y donde no hay dinero que alcance. Los costos irían para arriba y no habría espacios en el ámbito laboral para que convivan jóvenes y viejos. Pero también lo podemos ver desde un ángulo positivo, con una perspectiva de curso de vida que nos permitiría armonizar las interacciones entre las distintas generaciones, a partir de la valorización y el reconocimiento del aporte que este grupo social sigue haciendo a la comunidad, reforzando las ideas de que cada generación aporta valor a la sociedad, de que es posible envejecer sanos y activos a partir de promover el envejecimiento saludable. Probablemente lo que debemos repensar, es cuál es el espacio social que ocupa la edad media de la vida, edad que se está ensanchando, haciendo recular al envejecimiento. Se debe reconocer que la sociedad da cabida por igual a jóvenes y viejos. El enfoque de envejecimiento positivo como política pública (Figura 2) no se limita a solucionar problemas de salud sino que busca preservar la autonomía individual y la integración a la



sociedad. Así como un nivel de bienestar subjetivo comparable al de los sujetos más jóvenes.

FIGURA 2  
Envejecimiento positivo



Ahora bien, esto no será posible sin abordar eficazmente las enfermedades crónicas no transmisibles y previniendo la dependencia funcional. Tampoco se llevará a cabo sin generar un nuevo modelo de atención médico social integrado a los servicios vigentes. Para ello podemos auxiliarnos de la innovación tecnológica que ofrece recursos muy interesantes para alcanzar a un mayor número de personas mayores que siguen siendo autónomas y productivas, aunque no necesariamente en el sentido económico, conforme envejecen. Se trata, en última instancia, de darnos la oportunidad de vivir más y mejor, asumiendo plenamente cada una de las etapas de la existencia y aprendiendo a apreciarlas en su justo valor.

Finalmente, no podemos dejar de insistir en que a todo derecho van aparejadas responsabilidades. Más allá de lo que hagamos desde la perspectiva de derechos humanos, estamos obligados a asumir las responsabilidades individuales y comunitarias que se desprenden de este enfoque.

## BIBLIOGRAFÍA

- Boileau, Nicolas (1941), *L'art poétique*, París, Nouvelle éd., 1674 [<http://bit.ly/ZQhYWO>], fecha de consulta: abril de 2013.
- Butler, R.N. (1975), *Why survive? being old in America*, Nueva York, Harper and Rowe.
- Cárdenas, César y Alfredo González (2012), “Numeralia de los adultos mayores en México”, México, Instituto de Geriatria [<http://bit.ly/16ZCDvm>], fecha de consulta: abril de 2013.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (2013), “Proyecciones de la población de México. 2010-2050”, México, Secretaría de Gobernación/Consejo Nacional de Población [<http://bit.ly/18Zcv0t>], fecha de consulta: abril de 2013.
- Crimmins, Eileen M., Jung K. Kim y Teresa E. Seeman (2009), “Poverty and Biological Risk: The Earlier ‘Aging’ of the Poor”, *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, vol. 64A, núm. 2, pp. 286-292.
- Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social (ESDS) (2013), “Envejecimiento y discapacidad. Implicaciones económicas para los hogares en México”, Hoja informativa del Foro Envejecimiento y salud: investigación para un plan de acción, México, Red Temática del Conacyt: Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social [<http://bit.ly/ZQiXX4>], fecha de consulta: abril de 2013.
- Global AgeWatch (s/f), “AgeWatch report card: Mexico”, Global AgeWatch/HelpAge International [<http://bit.ly/16ZB7JJ>], fecha de consulta: abril de 2013.
- González-González, C., S. Sánchez-García, T. Juárez-Cedillo, O. Rosas-Carrasco, L.M. Gutiérrez-Robledo y C. García-Peña (2011), “Health Care Utilization in the Elderly Mexican Population: Expenditures and Determinants”, *BMC Public Health*, vol. 11, núm. 192 [<http://bit.ly/12eHXqs>], fecha de consulta: abril de 2013.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012), *Sistema de cuentas nacionales de México. Cuenta satélite del sector salud de México, 2008-2010*, México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía [<http://bit.ly/ZQk9d0>], fecha de consulta: abril de 2013.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2012), “Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena”, en *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud*, México, INSP [<http://bit.ly/18ubOyQ>], fecha de consulta: abril de 2013.
- Lloyd-Sherlock, P., M. Martin, S. Ebrahim, M. Gorman, S. Greengross, M. Prince, R. Pruchno, G. Gutman, T. Kirkwood, D. O’Neill, L. Ferrucci, S.B. Kritchevsky y B. Vellas (2012), “Population aging and health”, *The Lancet*, vol. 379, núm. 9823, pp. 1295-1296.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS) (2005), *Atención a las personas en situación de dependencia*, Libro Blanco, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad/ Instituto de Mayores y Servicios Sociales [<http://bit.ly/ZQeOT9>], fecha de consulta: abril de 2013.

# Políticas públicas, bioética y dependencia\*

Manuel H. Ruiz de Chávez  
Nathalie Curuchet Pi-Suñer

## BIOÉTICA

**L**a bioética surge como respuesta a los conflictos suscitados por el rápido avance del conocimiento científico y tecnológico, así como su impacto sobre la existencia de todos los seres vivos y el planeta.

Es considerada un campo de conocimiento que reflexiona acerca de los conflictos que surgen en relación con el actuar humano y su incidencia real o potencial en la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en generaciones futuras.

El término bioética fue acuñado por Fritz Jahr en 1927, quien lo definió como la ética de las relaciones de los seres humanos con los animales y la naturaleza. Años más tarde, en 1970, Van Rensselaer Potter publicó su artículo “Bioética, la ciencia de la supervivencia”, en el que apareció por vez primera el término bioética en una publicación, con una visión holística y de corte ambientalista, que integraba a todas las áreas del conocimiento en una lucha por la continuidad de la vida en la Tierra.

Aunque en sus inicios la bioética fue de dominio básicamente anglosajón, posteriormente se extendió a los países europeos y ha tenido un importante desarrollo en gran parte del mundo, por lo que, actualmente, se puede hablar de una bioética internacional con diferentes grupos, visiones y análisis particulares.

\* La Comisión Nacional de Bioética extiende su reconocimiento a Alexandra Olmos Pérez y a María de los Ángeles Marina Adame Gayosso por su colaboración para la elaboración del presente artículo.

Si bien las ciencias cada vez definen más a la vida –y no solamente a la vida humana, sino a la vida en general–, es la bioética la que busca que ésta pueda existir con dignidad. Es por esto que debemos dar a conocer y fomentar cada vez más el conocimiento y estudio de la bioética, no sólo como una disciplina académica, sino como una manera de pensar y actuar.

En ese sentido, la bioética se constituye como un espacio dialógico e interdisciplinario que permite abarcar temas y conflictos éticos muy diversos y cambiantes, ejemplo de ello es el envejecimiento, la problemática que hoy nos reúne y que tiene diversos conflictos éticos que es necesario abordar. La ventaja de hacerlo desde la perspectiva bioética consiste en que para establecer un diálogo es necesario no sólo expresar las propias razones, sino escuchar las ajenas, aun cuando éstas expresen puntos divergentes a los propios.

#### ASPECTOS BIOÉTICOS EN TORNO AL ENVEJECIMIENTO

En lo relativo al envejecimiento existen ciertas problemáticas y temas que presentan retos desde el punto de vista de la bioética, puesto que sin duda todo aquello que se encuentra relacionado con la vida y la salud de las personas, así como la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas al respecto, es relevante para ésta. En este sentido, la Comisión Nacional de Bioética (Conbioética) ha puesto énfasis en abordar, desde la perspectiva de la bioética, el tema del envejecimiento.

Algunos de los principales aspectos que valdría la pena mencionar tienen que ver con la vulnerabilidad asociada a la vejez y generada a partir de la dependencia que resulta de la falta de oportunidades y discriminación, así como con el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones que tengan injerencia en la salud y la calidad de vida de las personas, que no solamente se hacen a partir de la voluntad ni de la razón, puesto que todo ser humano se ve influenciado por su entorno. La autonomía en ese sentido es una construcción cultural cuyo contenido se va modificando con el paso del tiempo por las influencias que recibimos (Ibarzabal, 2007).

La noción de autonomía tiene una relación muy estrecha con el concepto de competencia, es decir, la posibilidad de desenvolverse adecuadamente tanto a nivel individual como en el contexto de una colectividad. Desde el punto de vista jurídico, son las tareas y roles concretos los que

definen qué debe ser capaz de hacer la persona evaluada para ser considerada, o no, competente (Llovet, 2003).

En este sentido, no debe perderse de vista la importancia de la competencia en el ejercicio de la autonomía, que al final del día es una expresión de la libertad, ya en el momento que una persona no es competente requiere ser protegida para que precisamente no se afecten sus derechos, dada su condición de vulnerabilidad. Es necesario enfrentar con acciones acordes a la dignidad de estas personas la inminente dificultad en el ejercicio de la autonomía que resulta del proceso natural de envejecimiento, y en ese sentido debemos trabajar para que esta situación les permita vivir esta etapa de la mejor manera posible.

Es necesario generar una cultura en la que el adulto mayor no sea concebido como una carga a la sociedad y el envejecimiento como algo negativo, puesto que el proceso natural de deterioro biológico o físico no implica que los planes de vida se hayan agotado y que un adulto mayor pierda su valía tanto individual como colectiva. La vida de un adulto mayor no sólo tiene valor por el aprendizaje adquirido y sus aportaciones a la sociedad, lo tiene por el simple hecho de que son seres humanos.

Actualmente se tiende a considerar que los adultos mayores no son capaces de tomar decisiones, especialmente en lo que concierne a su vida y su salud, y no tienen posibilidades reales de acceder a oportunidades que les permitan tener la mejor calidad de vida posible, en condiciones dignas. Esto tiene que cambiar.

No podemos perder de vista que los adultos mayores constituyen un grupo en situación de vulnerabilidad, misma que está asociada a la incertidumbre y a la probabilidad de recibir un daño o lesión (Ortiz, 2008), pero sobre todo a la obstaculización que existe en el ejercicio de sus derechos.

La vulnerabilidad es un rasgo antropológico descriptivo de la fragilidad humana y se manifiesta en tres planos: vulnerabilidad vital (la fragilidad de mantenerse con vida), vulnerabilidad de subsistencia (las dificultades de asegurar los elementos biológicos necesarios para mantenerse y desarrollarse) y la vulnerabilidad existencial (incluyendo la vulnerabilidad social, que son los avatares que amenazan la prosecución del proyecto de vida que cada cual persigue) (Kottow, 2008). También se dice que el ser vulnerable tiene necesidad de ayuda, de cuidado y protección, por lo cual no pueden desatenderse las necesidades de los adultos mayores.

Es así como la vulnerabilidad de los adultos mayores nos plantea, desde una perspectiva ética, el deber moral de proteger al sujeto en las dife-

rentes etapas y circunstancias de su vida, incluso al final de ella, puesto que en ese momento se encuentran inmersos una serie de actores, intereses y valores, y en ocasiones hemos obviado quién es el sujeto sobre el cual habrá de recaer la decisión.

El envejecimiento muchas veces es considerado como una carga a nivel económico y social, como un problema a resolver. Se piensa que los adultos mayores ya no tienen motivaciones, planes de vida, pero, por el contrario, en la vejez misma existe vitalidad, y hay estudios que demuestran que con la edad las personas tienden más fácilmente a la aceptación de las circunstancias en las que viven, y muchos factores como la ambición, la frustración, el estrés, entre otros, van desapareciendo, por lo que son más propensos a disfrutar y valorar la vida, es decir que con la madurez física o biológica adquirimos también una madurez vital o valorativa.

No debemos entender al final de la vida como algo ajeno a la vida, sino como parte de la vida misma. Por ello, es necesario reorientar la atención hacia qué es lo que la persona quiere, respetar su decisión en relación con la atención o el tipo de cuidado que desea recibir, y en su caso permitir que viva sus últimos momentos con dignidad, acorde con la visión que cada individuo tiene sobre la vida y la muerte, así como lo bueno y lo deseable en esa situación. El adulto mayor no es la excepción, hay que respetar y fomentar su participación y su decisión incluso en los últimos momentos de su vida.

## POLÍTICAS PÚBLICAS

Las políticas públicas, son el producto de los procesos de toma de decisiones del Estado frente a determinados problemas públicos. Estos procesos de toma de decisión implican acciones u omisiones de las instituciones gubernamentales. Su éxito consiste en la participación de la sociedad a la que va dirigida.

Es fundamental incluir un enfoque bioético en la elaboración de las políticas públicas, en virtud de que constituyen una herramienta para realizar las decisiones y consideraciones que se lleven a cabo desde esta disciplina para el tratamiento de problemas concretos que se relacionen con su objeto.

De tal manera que corresponde a la Comisión Nacional de Bioética establecer las políticas públicas de salud vinculadas con la temática bioé-

tica, según lo establecido en su Decreto de Creación. La reflexión sobre las políticas públicas forma parte de las líneas de acción y ejes temáticos de la Comisión Nacional de Bioética.

La bioética es fundamental para fortalecer la planeación de acciones de gobierno, pues, a partir de su carácter dialógico, incluyente y plural, ayuda a construir alternativas que concilian los intereses divergentes que se encuentran en la sociedad, con el fin de procurar el bienestar de las personas y las comunidades.

#### POLÍTICAS PÚBLICAS EN TORNO AL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

En la década de 1970 se dio un importante desarrollo en México en torno al tema del envejecimiento debido a que en el escenario internacional se empezó a generar esta preocupación en virtud de la transición demográfica que vivían ya desde entonces los países desarrollados.

A finales de la década de 1980 se generaron también programas y políticas relevantes en instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), pero el tema de las personas adultas mayores es plasmado explícitamente en el *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, por lo que es en este sexenio que el tema demográfico comienza a tener mayor presencia en el desarrollo de políticas públicas.

El primer instrumento jurídico específico en la materia se promulgó en Yucatán en 1999, en la *Ley para la protección social de las personas en edad senescente del estado de Yucatán*, y en diciembre de ese mismo año se publicó la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores del Distrito Federal*.

La administración del periodo 2000-2006 marcó un nuevo impulso al tema del envejecimiento, plasmando de manera amplia líneas de acción y estrategias en el *Plan Nacional de Desarrollo*, pero sobre todo es relevante la promulgación de la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores en 2002*, cuyo enfoque es generar políticas públicas que estén basadas en los derechos humanos para este grupo de personas, con la finalidad de lograr condiciones de bienestar estableciendo las bases para acciones interinstitucionales e intersectoriales integrales y promover la participación ciudadana. Por otro lado, esta ley transforma al Instituto



Nacional de la Senectud (Insen) en el Instituto Nacional de Adultos en Plenitud, –que posteriormente sería el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (Inapam), pretendiendo así construir en México una cultura de la vejez para el trato digno, respetuoso y solidario hacia las personas adultas mayores.

Los principales ámbitos de acción contemplados en esta Ley fueron el acceso a servicios sociales, salud, vivienda, transporte, el tema relativo a la violencia, la discriminación, el maltrato y la participación ciudadana de este sector de la población. En este sentido, se logró un avance en lo relativo a la protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores.

En virtud de los compromisos internacionales que México suscribió en torno al tema, surge la propuesta de elaborar el Plan Nacional para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores y el Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento 2001-2006.

Nuevamente en el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* se incluye el tema del envejecimiento y, con base en él, se desarrollan una serie de estrategias y acciones, dentro de las cuales podemos destacar, en el ámbito de la salud, por ejemplo:

- Programa Nacional de Atención al Envejecimiento (Ssa-IMSS-ISSSTE y otras): busca mantener la funcionalidad del adulto mayor en el contexto de la salud a partir de promoción de la salud, comunicación social, detección y diagnóstico oportuno, tratamiento y control de enfermedades, intervenciones a enfermedades más comunes, entre otras.
- Seguro Popular (Ssa): protección financiera a partir del aseguramiento público en salud, cobertura de intervenciones y medicamentos.
- Programa de atención a la salud y el envejecimiento (ISSSTE): brinda atención primaria a personas adultas mayores, así como segundo y tercer nivel de atención.
- Programa de envejecimiento activo (Prea) (IMSS): conservar y desarrollar el bienestar físico, mental y social del adulto mayor, a partir de servicios médicos, actividades educativas, recreativas y de convivencia, entre otros.
- Modelo de atención gerontológica (Inapam), que consta de cuatro ejes: transmisión de valores, empleo y apoyo a la economía, salud, investiga-

ción y formación de recursos humanos, desarrollo social y comunitario (asesoría jurídica, actividades socioculturales, servicios educativos y de salud, etcétera).

- Instituto Nacional de Geriatría: creación en el año 2008.

Por otra parte, el Inapam, durante el 2006, propuso los siguientes ejes rectores de la política pública nacional para la atención de los problemas relacionados con los adultos mayores:

- Cultura del envejecimiento.
- Envejecimiento activo y saludable.
- Seguridad económica.
- Protección social.
- Derechos de las personas adultas mayores.

Uno de los problemas que se han generado en torno a las políticas en nuestro país es que tienen un enfoque asistencialista que se basan en apoyos económicos y servicios, lo cual no promueve la participación social ni elimina la dependencia, sino todo lo contrario, convirtiendo a la población sujeto en población objeto de las estrategias o políticas (Vivaldo, 2012).

El *Censo de población y vivienda 2010* muestra que en México existen aproximadamente diez millones de personas mayores de 60 años. Sin embargo no debemos ignorar que los cambios en el perfil demográfico permiten vislumbrar un envejecimiento acelerado de la población, por lo que esa cifra sin duda se modificará en poco tiempo.

En este sentido, es ineludible emprender acciones que permitan mejorar las condiciones de vida y el panorama que enfrentarán las próximas generaciones, y por ello es importante revisar las acciones propuestas por la “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 referentes a la discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena”, de manera que sea posible:

- Promover la autonomía de los adultos mayores y reducir el grado de dependencia que presentan actualmente.
- Atender las necesidades de las personas adultas mayores de manera integral, pero incluyendo elementos diferenciados para satisfacerlas a cabalidad en función de su situación particular.

- Capacitar y formar recursos humanos en modelos que permitan brindarles a estas personas la protección que requieren tanto por parte de sus familiares, como del Estado y la sociedad.
- Promover la coordinación y participación intersectorial (salud-educación-social) en pro de los adultos mayores mexicanos, para establecer acciones que les garanticen igualdad de oportunidades para satisfacer sus necesidades básicas.
- Promover el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones en los adultos mayores referentes al cuidado de su salud, su calidad de vida y sobre una muerte digna.

Resulta fundamental trabajar para garantizar que los adultos mayores sean reintegrados a la sociedad, que se valore su condición de seres humanos, así como el conocimiento y la experiencia que tienen y que no sean discriminados y excluidos por el simple hecho de ser adultos mayores. Sin duda es necesario basarse en información, puesto que para generar políticas públicas se requiere detectar necesidades concretas, y por supuesto se debe contar con un mecanismo de evaluación, para lo cual es relevante hacer uso de indicadores y cifras fehacientes. Sin embargo, es importante considerar que no todo tiene que ver con cuestiones cuantitativas y la reflexión bioética puede aportar mucho para un mejor tratamiento de este tema.

Al respecto, uno de los objetivos centrales de la Conbioética es incluir un enfoque bioético en la elaboración de las políticas públicas.

La bioética, por medio de su carácter dialógico, incluyente y plural, ayuda a construir alternativas que concilian los intereses divergentes que se encuentran en la sociedad, con el fin de procurar el bienestar de las personas y las comunidades presentes, así como también de las generaciones futuras.

Obras como *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, editada por la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía, el Instituto Nacional de Geriátrica y la Universidad Nacional Autónoma de México, son de gran relevancia, puesto que nos recuerdan que el problema del envejecimiento no nos es ajeno, ya que es una realidad que inevitablemente habrá de alcanzarnos a todos y de la cual debemos estar preparados. El análisis y la perspectiva que aporta este libro es además integral, ya que nos permite conocer, desde diversos puntos de vista, el desarrollo que ha tenido el tratamiento de este tema, tanto en el escenario nacional como internacional, además de que incluye

una serie de propuestas tomando en cuenta diferentes enfoques. Sin duda la bioética debe estar siempre abierta y alerta a este tipo de discusiones y propuestas, y debe constituir un espacio de reflexión en el que todos los saberes posibles confluyan para la construcción de propuestas.

Dicho todo lo anterior, el objetivo de las nuevas políticas públicas en el campo de la salud, especialmente aquellas que estén dirigidas a la población de adultos mayores, ya no debe ser únicamente incrementar la duración de vida, sino la calidad de vida, entendida no como un estándar único universal, y mucho menos como una cuestión meramente biológica, sino como un concepto que se constituye a partir de las diversas perspectivas individuales y colectivas, del contexto cultural y los valores.

De manera específica, el tema del envejecimiento requiere ser estudiado tomando en cuenta el acceso a los servicios de salud y la calidad y calidez que éstos le deben brindar a los adultos mayores, incluidas las decisiones del final de la vida que sin duda incluyen los cuidados paliativos. Esta atención en todo momento debe contemplar la diversidad cultural de los adultos mayores, su contexto y si se trata de adultos mayores que pertenecen a una comunidad indígena se les debe proporcionar protección ya que este grupo tiene una vulnerabilidad mayor.

Un punto que no puede obviarse, es la participación de los adultos mayores en la investigación, situación que requiere de especial atención en cuanto al consentimiento informado y el respeto a su autonomía, sin perder de vista la manera en que viven y conciben su vida, su salud, su enfermedad, su rol social y familiar; apostamos a la comprensión de este fenómeno con una perspectiva de humanidad, de respeto, de cuidado, de inclusión, de empatía, en fin, una perspectiva bioética.

Por ello la bioética se constituye en un saber fundamental, ya que a partir de ella no solamente tendremos acceso a conocimientos científicos, sino a un espacio de reflexión que posibilita que todos los saberes confluyan para la construcción de propuestas que permitan condiciones de dignidad para todas las generaciones presentes y futuras.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, Luis F. (1992), *El estudio de las políticas públicas*, México, Miguel Ángel Porrúa.
- Conseil de l'Europe (2012), “Rapport de réunion”, septembre, Estrasburgo, Francia, Conseil de l'Europe/Comite Directeur pour les Droits de l'Homme/ Groupe de rédaction pour les droits de l'Homme des personnes âgées.
- Gutiérrez, Luis y Elizabeth Caro (2012), “Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud”, en L. M. Gutiérrez y D. Kershenobich (coords.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, México, Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriátría/Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 321-347.
- Ibarzabal Aramberri, Xavier (2007), “Capacidad y competencia: reflexiones y aproximaciones prácticas desde la bioética”, *Revista Selecciones de Bioética*, núm. 11, abril, pp. 94-106.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2012), “Evidencia para la política pública en salud. Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso sano para una vejez plena”, en *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud.
- Jiménez Sánchez, Gerardo *et al.* (coords.) (2006), *Envejecimiento de la población*, Memorias del Foro inter-académico en problemas de salud global, México, Academia Nacional de Medicina de México.
- Kershenobich, David (2012), en L. M. Gutiérrez y D. Kershenobich (coords.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, México, Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriátría/Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 215-227.
- Kottow, Miguel (2008), “Vulnerabilidad y protección”, en Juan Carlos Tealdi (dir.), *Diccionario latinoamericano de bioética*, Bogotá, UNESCO/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, pp. 340-342.
- Llovet Haya, Josep María (2003), “La competencia mental: concepto y evaluación”, *Revista Selecciones de Bioética*, núm. 4, septiembre, pp. 28-40.
- López, Mariana (2012), “Una introducción a la situación en México”, en L. M. Gutiérrez y D. Kershenobich (coords.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, México, Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriátría/Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 215-227.
- Muñoz, Onofre, Carmen García y Luis Durán (eds.) (2004), *La salud del adulto mayor. Temas y debates*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Orozco, Alejandro, Alejandra Lauterio y María Torres (2012), “Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores”, en L. M. Gutiérrez y D. Kershenobich (coords.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, México, Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriátrica/Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 279-286.
- Ortiz, Zulma (2008), “Epidemiología y vulnerabilidad social”, en Juan Carlos Tealdi (dir.), *Diccionario latinoamericano de bioética*, Bogotá, UNESCO/Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, pp. 343-344.
- Vivaldo, Marissa y María Martínez (2012), “La política pública para el envejecimiento en México”, en L. M. Gutiérrez y D. Kershenobich (coords.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, México, Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriátrica/Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 27-41.



# Autonomía personal, discapacidad, dependencia\*

Liliana Giraldo Rodríguez  
Victoria Eugenia Arango Lopera

## INTRODUCCIÓN

Una de las características principales de la medicina tiene que ser la visión integral del individuo, lo cual le permite, no sólo centrarse en la salud y la enfermedad como proceso, sino en los factores determinantes y las consecuencias de este binomio, tales como la funcionalidad, la calidad de vida, así como sus relaciones con las políticas y programas sanitarios (Singer, 2001).

Sin negar los adelantos en materia de discapacidad, aún persiste gran confusión en el uso de los términos y no existe –a pesar de la marcada importancia en la planeación social y sanitaria– consenso internacional en la definición de ciertos tópicos tales como autonomía, dependencia y funcionalidad. En el presente texto se revisarán los diferentes conceptos, sus implicaciones y con base en ellos, se enunciarán líneas de acción a seguir.

## AUTONOMÍA, DISCAPACIDAD Y DETERIORO FUNCIONAL: UN *CONTINUUM*

En la relación individuo-enfermedad es fundamental reconocer el papel modificador que tiene el soporte social, lo cual se evidencia claramente al

\* Agradecemos al doctor Mario Ulises Pérez Zepeda por su contribución en la construcción del presente capítulo.



analizar dos dominios relacionados entre sí: la discapacidad y la funcionalidad (Prince *et al.*, 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la *discapacidad* es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las primeras son situaciones que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas y finalmente, las restricciones de la participación son dificultades para interactuar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del ser humano y las características de la sociedad en la que vive.

En el título de la sección se menciona el continuum existente entre los términos, y para demostrarlo se hará el planteamiento utilizando las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Como característica principal se considera que con un mínimo de autonomía e independencia pueden desarrollarse dichas actividades. Tradicionalmente se han dividido en dos grandes categorías, las básicas y las instrumentales. Las primeras, equivalen a aquellas relacionadas con el autocuidado, por ejemplo, bañarse, vestirse, comer y contener los esfínteres. Las instrumentales, se refieren a la relación con el medio e incluyen por tanto, el manejo del dinero, el uso del teléfono, la capacidad de realizar las compras, de prepararse los alimentos, etcétera. Podría inferirse, que requieren mayor complejidad cognoscitiva y física para su desempeño. Aunque se mencionan con menos frecuencia, existe una tercera categoría de AVD, denominadas avanzadas y están relacionadas con la motricidad, en términos de desplazamiento (Katz *et al.*, 1963; Lawton y Brody, 1969; Katz, 1983; Barthel y Mahoney, 1965).

Con base en estas actividades se desarrollaron las escalas de Barthel y Katz, para detectar alteraciones en las actividades básicas, y la escala de Lawton y Brody, para las instrumentales. Estas escalas se han utilizado en diferentes disciplinas para definir la presencia de discapacidad. Esta aproximación puede ser muy certera en una gran variedad de condiciones físicas, sin embargo ante eventos complejos –por ejemplo, enfermedades mentales o donde la influencia social es muy marcada– resultan incompletas o no tan exactas.

El concepto de *dependencia* derivado también del modelo de AVD surgió desde la década de 1990, y a finales de la misma, el Consenso Europeo da la recomendación de desarrollar estrategias de cuidado para personas con dependencia, definida como una condición relacionada con

la pérdida de autonomía y la necesidad de soporte por parte de un tercero: en término de alteraciones en las actividades de autocuidado, ligando la autonomía y la dependencia, en un solo constructo.

Dado lo complejo de las múltiples interacciones en presencia de una discapacidad y la dificultad de hacer comparaciones o recomendaciones internacionales, se trabaja en la Clasificación internacional de funcionamiento (ICF, por sus siglas en inglés), desde 2009, en la cual se tienen en cuenta las consideraciones biopsicosociales de los individuos y se promueve una aproximación integradora (WHO, 2001).

En la ICF el funcionamiento es un término genérico que incluye las funciones corporales y estructuras, las actividades y la participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre el individuo (con su condición de salud) y los factores personales y ambientales. El estar en un lado o en el otro, depende en gran medida del medio ambiente. Ya se pasa a unir la discapacidad con el funcionamiento global, mientras que en el modelo basado exclusivamente en AVD se asocia la discapacidad con alteraciones en un número de actividades.

Puede hablarse de un *continuum* entonces, donde funcionalidad y autonomía están en un extremo, el positivo, y discapacidad en el negativo, sin embargo puede adicionarse un punto aún más negativo, la dependencia funcional. Inclusive hoy, es reconocido por la OMS que la discapacidad es una subcategoría de funcionalidad, como lo es enfermedad de la condición de salud, o la calidad de vida de bienestar. Es importante aclarar que no necesariamente un individuo recorre todos los estados. La discapacidad puede ser una situación que todos los seres humanos experimenten en algún momento de la vida, pero la dependencia funcional es una situación que se da en un catastrófico escenario –que aunque afecta a una limitada cantidad de población–, y tiene un efecto devastador sobre el individuo, la familia, la comunidad y los sistemas de salud (Salvador-Carulla y Gasca, 2010) (Figura 1 y Cuadro 1).

FIGURA 1  
El *continuum* de la funcionalidad



CUADRO 1  
Otras definiciones a tener en cuenta

Tópico	Definición	Grupo u origen
Discapacidad	Dificultad en el funcionamiento corporal, personal o social, en uno o más dominios.	Measuring Health and Disability in Europe (MHADIE)*
Funcionamiento ambiental relacionado con la salud (para algunos definido como autonomía)	La capacidad de un individuo de vivir independientemente en la comunidad, con poca o ninguna, ayuda proveniente de otros.	Grupo español, Definición de dependencia en enfermedad mental (DEFDEP)
Discapacidad relacionada con la salud	Una alteración persistente, de funcionamiento ambiental.	Grupo DEFDEP**
Autonomía	La capacidad percibida de controlar y tomar decisiones de cómo vivir la vida siguiendo sus propias normas y preferencias. Esta definición es equivalente a autogobierno, competencia, autoempoderamiento, pero no está en el mismo constructo de dependencia.	OMS***
Independencia	Capacidad para desarrollar una actividad sin ninguna, o muy poca, ayuda de otros, incluyendo tener el control sobre cualquier asistencia requerida: más que la capacidad física de hacer todo por uno mismo.	Modelo ICF (OMS)
Dependencia ambiental relacionada con la salud	Un estado derivado de una condición médica prolongada en la cual las restricciones de la vida diaria son tales que requiere soporte de un tercero. Se considera un dominio transversal relacionando discapacidad, necesidades y soporte.	DEFDEP group

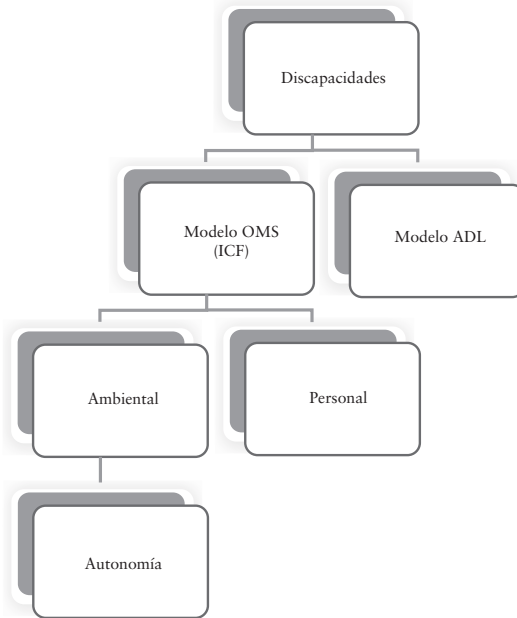
\* Leonardi *et al.* (2006); European Commission (2003).

\*\* Salvador-Carulla (2006).

\*\*\* WHO (2004).

En resumen, las discapacidades relacionadas con la salud pueden conceptualizarse desde dos diferentes sistemas:

FIGURA 2



## CONCLUSIÓN

El concepto de salud es bastante complejo, marcadamente influido por factores sociales y ambientales, y se encuentra estrechamente ligado a la funcionalidad. Es evidente que existen marcadas propuestas de clasificarla, las cuales tienen severas implicaciones sanitarias y económicas, y adicionalmente, propuestas que aún no han terminado de construirse, ni de equipararse mundialmente.

La conceptualización actual, realizada en términos de funcionalidad e independencia, tiene mayores perspectivas e integralidad del individuo, adicionalmente, se espera que facilite, y optimice la programación sanitaria y social de los diferentes estamentos.

## LÍNEAS DE ACCIÓN A SEGUIR

Debido al proceso de envejecimiento de la población, y a la situación actual de los mexicanos, resulta indispensable desarrollar acciones sociales que estén a favor de la dignidad, el bienestar, la salud y la justicia de las personas en general, y de las personas con discapacidad en particular, pero sin el concepto paternalista o asistencialista que caracteriza los modelos.

- Actualmente en México se define discapacidad con base en las actividades básicas de la vida diaria, como se evidencia, puede ser un modelo muy corto y poco integrador, por tanto es necesario trabajar, a nivel local –y en el corto plazo– en la re-conceptualización de los términos. Una vez logrado lo anterior probablemente se descubra que las medidas usadas presentan ciertas limitaciones que modifiquen el cálculo real de la discapacidad en México.
- La discapacidad, el deterioro funcional y la dependencia, no son una cuestión de edad: pueden comprometer a cualquier persona a lo largo del curso de vida, por tanto es necesario trabajar en una visión integradora que incluya individuo, sociedad y ambiente, por ejemplo, comunidades amigables. Se cuenta, entre otras cosas, con la *Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad*, sin embargo muchas de ellas no pueden acceder a sus servicios de salud. Está el sistema, y la sociedad, convirtiendo muchas personas con alguna discapacidad, en dependientes funcionales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barthel, D.W. y F.I. Mahoney (1965), “Functional evaluation: the Barthel index”, *Maryland State Medical Journal*, núm. 14, pp. 61-65.
- European Commission (2003), *Feasibility study. Comparable statistics in the area of care of dependent adults in the European Union*, Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities.
- Katz, S. (1983), “Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living”, *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 31, núm. 12, pp. 721-727.
- Katz, S., A. Ford, R.W. Moskowitz, B.A. Jackson y M.W. Jaffe (1963), “Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological

- and psychosocial function”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 185, núm. 12, pp. 914-919.
- Lawton, M.P. y E.M. Brody (1969), “The functional assessment in rehabilitation of elderly people: self-maintaining and instrumental activities of daily living”, *Gerontologist*, núm. 9, pp. 179-186.
- Leonardi, M., J. Bickenbach, T.B. Ustun, N. Kostanjsek y S. Chatterji (2006), “The definition of disability: what is in a name?”, *The Lancet*, vol. 368, núm. 9543, pp. 1219-1221.
- Prince, M. V. Patel, S. Saxena, M. Maj, J. Maselko, M.R. Phillips y A. Rahman (2007), “No health without mental health”, *The Lancet*, vol. 370, núm. 9590, pp. 859-877.
- Salvador-Carulla, L. (ed.) (2006), *Estudi DEFDEP: Definició operativa de dependència en persones amb discapacitat psíquica*, Catalunya, Prodep [<http://bit.ly/12HVwwd>] y [[www.gencat.cat](http://www.gencat.cat)], fecha de consulta: 14 de abril de 2009.
- Salvador-Carulla, L. y Vladimir I. Gasca (2010), “Defining disability, functioning, autonomy and dependency in person-centered medicine and integrated care”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 10, 29 de enero, pp. 69-72.
- Singer, B. y C. Ryff (2001), *New horizons in health: an integrative approach*, Washington, DC, National Academy Press.
- World Health Organisation (WHO) (2001), *International Classification of Functioning, Disability and Health (CIF)*, Ginebra, Suiza, WHO.
- World Health Organization (WHO) (2004), *A glossary of terms for community health care and services for older persons*, Ginebra, Suiza, WHO.



## Indicadores y prevalencia de la discapacidad en el escenario nacional e internacional

Mariana López Ortega

**P**ara iniciar este ensayo se presentan los antecedentes y la importancia de la discapacidad y su medición, así como del valor de contar con indicadores; posteriormente referiré algunas cifras, tanto en el contexto internacional como en el nacional.

En cuanto a los antecedentes, cabe destacar la necesidad de asegurar el respeto y la realización de los derechos humanos de las personas con discapacidad, para lograr esto se requiere saber quiénes son estas personas y las cifras específicas de lo que se habla.

Es fundamental reconocer que han surgido iniciativas nacionales e internacionales para generar normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), sobre todo con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 2006, y en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA), la Convención para eliminar todos los tipos de discriminación hacia las personas con discapacidad.

Respecto al interés de contar con cifras específicas, éste creció al observarse un aumento constante de la discapacidad debido a distintos factores. Primero, el crecimiento de la esperanza de vida y el número de adultos muy mayores, es decir, las personas de 85 o más, puesto que a edades muy avanzadas el proceso normal de desgaste es aparente, por ejemplo, la pérdida visual y auditiva, la pérdida de masa muscular y se debe estar pendiente para atender estas necesidades.

En la gran mayoría de los países, el aumento acelerado de la discapacidad se debe a enfermedades crónicas, a la *comorbilidad* y a su inadecua-



do manejo, lo que ocasiona secuelas y consecuencias permanentes no sólo en los viejos sino en las personas adultas y jóvenes.

Un adulto joven que se diagnóstica con diabetes en estado avanzado porque no tuvo servicios preventivos, no tiene un seguimiento o no hay una decisión terapéutica adecuada, puede tener muchas secuelas como glaucoma o amputaciones, que son origen de discapacidad.

Por otra parte, el incremento en los índices de discapacidad también puede deberse a las altas tasas de lesiones como consecuencia de violencia, accidentes y accidentes en el trabajo, particularmente en países en desarrollo; también se relaciona con el abuso de sustancias como alcohol, tabaco y drogas, creando muchas afectaciones a la salud.

En consecuencia, resulta esencial, conocer las cifras a nivel nacional e internacional. Diversos organismos internacionales estiman que entre 10 y 15% de la población padece alguna forma de discapacidad, aproximadamente 650 millones de personas, de los cuales 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento, lo cual es realmente importante porque afecta su funcionalidad.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) calcula que 80% de las personas con alguna discapacidad vive en países en desarrollo y que las mujeres tienen mayor incidencia en la limitación funcional y discapacidad. Adicionalmente estima que 11.5% de los hombres en países donde la esperanza de vida alcanza 70 años, vivirá aproximadamente ocho años más con alguna discapacidad.

Las condiciones socioeconómicas hacen una gran diferencia en cuanto a la discapacidad. Estudios que se han realizado, inclusive en países en vías de desarrollo, muestran que la discapacidad por escolaridad es muy diferenciada con cifras entre 20 y 11% entre los que tienen mayor y menor escolaridad.

A pesar de los avances alcanzados en las convenciones internacionales, existen todavía muchas prácticas discriminatorias y las personas con discapacidad tienen menor acceso a los servicios. Disponer de cifras puntuales coadyuva a generar políticas y programas adecuados, pero también se debe conocer las circunstancias que viven las personas, de forma tal que se prevengan las causas y se eliminen todas las barreras que impiden a quienes tienen limitaciones funcionales acceder a la atención.

Asimismo, las cifras permiten prestar servicios adecuados en donde se promueve la participación de estas personas. A nivel macro o internacio-

nal se ayuda a los países a cumplir con los objetivos planteados por las convenciones internacionales.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el informe mundial sobre discapacidad, a fin de aportar elementos a cada país y facilitar la puesta en práctica de la Convención para eliminar la discriminación contra personas con discapacidad, documentar las circunstancias en que viven, observar diferencias y mostrar la experiencia de cada país, para que puedan tomar medidas que fomenten la participación social de las personas con discapacidad.

Para la redacción de este informe se utilizó la *Clasificación internacional de funcionamiento, discapacidades, y salud* (CIF), de la OMS, en donde se distingue claramente entre tener una deficiencia, estar limitado para realizar una actividad o estar restringido para participar; es decir, si se tiene una limitación eso no es un inconveniente, el problema se presenta cuando el entorno impide realizar plenamente las actividades.

Entonces, se considera discapacidad no sólo respecto a las funciones y a las condiciones de salud; sino que se integran los factores ambientales y personales en torno a las personas, mismas que facilitan o inhabilitan una participación adecuada y plena. Es decir, se abordan temas fundamentales como la prevención y las diversas causas de discapacidad; no únicamente en adultos mayores sino en adultos más jóvenes.

Esta condición de discapacidad se ha incorporado al Plan Nacional de Desarrollo, con el propósito de integrar a las personas, desarrollar medidas de prevención y fomentar el respeto de los derechos humanos de quienes viven en esta circunstancia.

De acuerdo con el estudio de la OMS, las personas que tienen dificultades moderadas o extremas están entre el umbral de 40 y 50 puntos, en donde se observan diferencias es en las personas de mayores edades. Cabe mencionar que esto no se refiere a medidas de desempeño; sino a lo que declaran las personas en el autorreporte, en donde señalan limitaciones o dificultades para la realización de actividades así como las posibilidades del entorno.

Además, se observan diferencias entre zonas urbanas, niveles socioeconómicos, países de ingreso alto y bajo, entre hombres y mujeres, etcétera; estas tendencias son constantes y se debe estar muy pendiente.

Sobre los datos en México, tenemos fuentes secundarias que miden esto, ya se ha mencionado la *Encuesta de la percepción de la discapacidad* –que es muy reciente– también hay datos del Censo 2000-2010, así

como otros estudios nacionales como el *Estudio nacional sobre envejecimiento y salud en México* (ENASEM) (2001 y 2003), del cual habrá una ronda próxima en 2012 y 2014 y la *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012*, en donde por primera vez se contará con la información del auto reporte y con cifras de desempeño.

Para finalizar con los datos del censo, éste incluyó las preguntas del Grupo de Estadísticas sobre Discapacidad de Washington (Washington Group on Disability Statistics), como parte del autorreporte en donde se da cuenta de las dificultades para realizar diversas actividades o de la existencia de limitaciones para realizarlas, así como limitaciones sensoriales.

En el *Censo de Población y Vivienda 2010*, el 5.1% de la población reportó tener alguna dificultad permanente para realizar distintas actividades o tener problemas sensoriales, esto en todas las edades, pero vale anotar cómo de este total 23% declaran tener esta dificultad por edad avanzada.

Entre los adultos de 65 años y más esto representa aproximadamente 6% de la población; 26% dicen que tienen alguna dificultad o limitación en por lo menos alguna de las dimensiones estudiadas, entonces, esto es importante ya que este número absoluto de adultos mayores se va a incrementar.

Se debe mencionar que la población total declara tener alguna limitación en alguna actividad o limitación sensorial; no obstante, las diferencias por grupo de edad son claras, los adultos jóvenes, es decir, la población productiva tiene casi 45% del total, probablemente son algunos de los casos con limitaciones desde el nacimiento y otros que podrían haberse prevenido, otras son causadas por lesiones o accidentes.

Es muy importante subrayar que no son necesariamente los adultos mayores los que concentran el número más alto de limitaciones, con excepción de los muy mayores donde se multiplica el número de las limitaciones, con cuatro o más.

En cuanto a la discapacidad en los adultos mayores, en realidad no todo el grupo experimenta esta condición; sin embargo, es al sector social al que se culpa siempre del alto uso de servicios y de ser el más discapacitado, lo cual ocurre sólo a partir de los 80 años y más donde aparecen la mayor parte de las dificultades.

Finalmente, cuando se hace el análisis de cada una de las limitaciones, tanto en la actividad o en deficiencias sensoriales, se debe anotar que del total de personas con limitación aumenta con la edad: las personas sin limitación en la actividad son menores en los grupos de mayor edad, y es

notable cómo la limitación para caminar o moverse es la que presenta mayor concentración de personas, ya que exige de cuidados especiales hacia las personas, lo que se relaciona con la necesidad de crear estrategias preventivas adecuadas.

En conclusión, para que las personas puedan gozar de autonomía y funcionalidad, resulta esencial contar con datos y cifras específicas, sobre quienes tienen discapacidad y no pueden tener una vida plena, así como ejercer su autonomía y derechos, al tiempo que esta información debe tomarse en cuenta para la generación de estrategias para prevenir la discapacidad, retrasarla lo más posible a medida que avanza la edad, así como para apoyar a aquellos que ya la presentan.



# Prevención de las situaciones de dependencia de las personas mayores

## Elementos para la construcción de una política pública

Javier Enrique Jiménez Bolón

### INTRODUCCIÓN

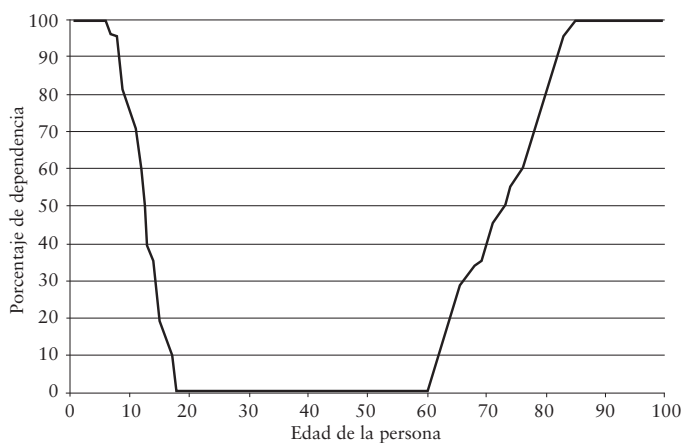
La dependencia de una persona hacia otra u otras es una condición que, en sus extremos, se origina en el nacimiento y concluye con la muerte. Es una situación natural inherente al ser humano; en consecuencia, no debe ser interpretada como eminentemente negativa. La prevención de la dependencia debe iniciarse desde el mismo momento del embarazo, de tal forma que se prevenga que el individuo nazca en las mejores condiciones de salud; asimismo, debe cuidarse el proceso de crecimiento y hábitos de vida para favorecer un desarrollo sano y contribuir a un envejecimiento saludable. Es evidente que el vivir en condiciones y situaciones de salud inadecuadas, determina la mayor carga social y económica de la dependencia, fundamentalmente, en la parte final de la vida.

Los trabajos desarrollados en el Seminario Autonomía, Autorrealización y Derechos Humanos de las Personas Mayores en el seno del Grupo Interdisciplinario de Estudios sobre el Envejecimiento (Giesen), han sido una oportunidad única para reflexionar sobre la dependencia de las personas adultas y, fundamentalmente, proponer elementos para coadyuvar en este gran pendiente que tiene la actuación gubernamental: la atención de las personas mayores. En este contexto, los objetivos que se han previsto para el presente trabajo de investigación se relacionan con: 1) identificar las causas y consecuencias de la dependencia de las personas mayores y 2)

proponer líneas de acción para prevenir dichas situaciones de dependencia. Este ensayo permitirá, además, establecer la línea base de discusión y análisis para los trabajos que de forma permanente se desarrollan en el Grupo Interdisciplinario de Estudios sobre el Envejecimiento.

Si bien la dependencia se presenta con mayor magnitud en el nacimiento y en la parte final de la vida; lo evidente es que, en general, gran parte de la existencia (transcurso de la vida) de una persona transcurre con plena autonomía e independencia; con fines ilustrativos y si se construyera una representación gráfica el fenómeno de la dependencia de una población específica de personas podría quedar representada como una normal “inversa y achatada” (Figura 1).

FIGURA 1  
Ilustración del comportamiento de la dependencia



Lo cierto es que la autonomía de una persona es una condición que va a determinar su calidad de vida; en consecuencia, la formulación de políticas públicas debe tener presente el problema social que representa la dependencia de las personas mayores, sobre todo en momentos en los que se lleva a cabo la planeación nacional del desarrollo.

En este contexto, las políticas públicas y los programas presupuestarios que se pongan en práctica, deben atender dos retos globales: el primero, considera “retardar la aparición de la dependencia”; esto significa

disminuir al máximo el tiempo o la diferencia que hay entre la edad en la que aparece la dependencia (discapacidad) y la edad en la que se muere. El segundo reto representa “prevenir los efectos sociales y económicos que dicha dependencia ocasiona”; para ello, es indispensable que la política pública se formule con un enfoque de carácter transversal y con la plena participación de los diferentes actores de los sectores público, social, privado y académico.

## DESAFÍOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

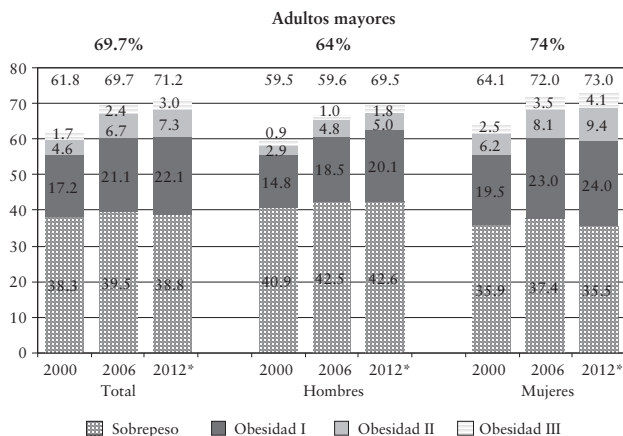
La construcción de una política pública para atender el problema de la dependencia de las personas mayores se enfrenta, al menos, a dos grandes desafíos: el relacionado con el sobrepeso y la obesidad (S-O) y el referente al envejecimiento de la población.

El S-O es, en esta segunda década del siglo XXI, el problema número uno de la salud pública de México; los resultados de la *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012* (INSP, 2012) muestran que el sobrepeso y la obesidad de la población mayor de 19 años creció en los últimos seis años en cerca de un punto y medio, ubicándose en 71.2%, lo que hace que hoy se rebase la barrera del 70% de la población con este problema de salud, registrado en 2006; para el caso de los adultos hombres el S-O es, en 2012, de 69.5% por un 73% para el caso de las mujeres (Figura 2).

En 2006, cuando se analiza la situación de las personas de 60 y más años de edad, se identifica que prácticamente 7 de cada 10 personas tienen S-O (aproximadamente 69.7%); al diferenciar el análisis por sexo, se observa que este problema de salud es más relevante en las mujeres mayores de edad (74%) en relación con los hombres (64%) (Shamah-Levy *et al.*, 2008).



FIGURA 2  
Sobrepeso y obesidad en adultos



Estos resultados sin duda alguna son relevantes y alarmantes; el tener un problema de S-O es estar tocando la puerta de entrada a problemas de salud graves como son la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer; a partir de ahí si no hay una prevención secundaria exitosa se podría pasar a otras patologías más complejas como son, para el caso de la diabetes: las cardiovasculares, las renales, el pie diabético y la retinopatía, entre otras. Esto implica, por el alto nivel de discapacidad que generan estas enfermedades, que en la prevención de la dependencia de las personas mayores debe ser una alta prioridad asegurar las mejores condiciones de salud; para ello, entre otros aspectos, deben revisarse los modelos actuales de atención a la salud, la profesionalización de los prestadores de servicios y, fundamentalmente, la formación de recursos humanos especializados en el estudio y tratamiento de personas mayores, como son: los geriatras, los gerontólogos, las enfermeras especialistas, los nutriólogos, educadores y cuidadores, entre los más relevantes.

El segundo desafío se asocia con el reto demográfico del envejecimiento de la población mexicana; al igual que muchos otros países el aumento de la población envejecida se acelerará en las próximas décadas. La diferencia en el ámbito de la prevención radica en la construcción oportuna de las políticas públicas correspondientes; la limitante es que este envejecimiento

poblacional, ya iniciado en México, se presenta en condiciones de desarrollo del país con enormes rezagos y profundas desigualdades sociales.

La población nacional, se encuentra en un proceso de transición demográfica, resultado de una reducción en la mortalidad y en la natalidad, lo que desemboca en una reducción en el crecimiento de la población y un incremento de las personas mayores. El problema se acentúa cuando los mexicanos con más de 70 años pasan de “3.1 millones en el año 2000 a 4.8 millones en el año 2012, aumentando en más del 50 por ciento la magnitud [...] para el año 2050 se presentará una proporción de 85 Adultos Mayores de 70 años por cada 100 menores de 15 años” (Sedesol, 2011); y aunque se registra un aumento en la esperanza de vida de la población, ésta se presenta con adultos mayores que sufren de enfermedades crónicas, lo que los hace dependientes de la familia y de la sociedad.

Para identificar la magnitud del problema del envejecimiento poblacional en México, se analizan tres índices demográficos que muestran la importancia que tendrá este estrato poblacional con respecto a otros grupos de edades, como son: 1) el índice de envejecimiento,<sup>1</sup> 2) el índice de dependencia demográfica<sup>2</sup> y 3) el índice de dependencia de adultos mayores<sup>3</sup> (Cuadro 1) (Cámara de Diputados, 2006:15).

El índice de envejecimiento muestra una velocidad de crecimiento importante en relación con la población menor de 15 años; asimismo, el índice de dependencia de adultos mayores mantiene una tendencia en el crecimiento que muestra la carga de dependencia de las personas mayores en relación con las personas en edad de trabajar; esta condición es más grave a partir de que no toda persona en edad activa tiene un trabajo remunerado.

En conjunto, estos dos fenómenos: el sobrepeso y la obesidad y el envejecimiento poblacional, condicionan un mayor grado de dificultad para

<sup>1</sup> El índice de envejecimiento relaciona la población adulta mayor (60 años y más) con la población joven (menor de 15 años).

<sup>2</sup> El índice de dependencia demográfica, relaciona la población que no está en edad de trabajar –conformada por la población joven (menor de 15 años) y la población de adultos mayores (60 años y más)–, con la población en edad de trabajar (15 a 59 años). Este índice muestra, en promedio, el número de personas que dependen de las personas que laboran.

<sup>3</sup> El índice de dependencia de adultos mayores, relaciona este estrato poblacional (60 años y más) con la población en edad de trabajar (15 a 59 años). También es un índice de dependencia porque muestra, en promedio, el número de adultos mayores que dependerán de la población en edad de trabajar.

CUADRO 1  
 Índices demográficos  
 relacionados con los adultos mayores en México\*

Años	Índice de envejecimiento	Índice de dependencia demográfica	Índice de dependencia de adultos mayores
2008	29.0	57.5	12.9
2010	32.3	55.4	13.5
2015	42.1	52.7	15.6
2020	53.8	53.7	18.8

\* Extracto del cuadro original elaborado por la Subdirección de Economía de los Servicios de Investigación y Análisis adscrito al Centro de Documentación, Información y Análisis de la Cámara de Diputados (2006:16), con información del Conapo.

la prevención de la dependencia. En este contexto, una de las tareas primarias en este trabajo ha sido analizar cuáles son los determinantes que explican la dependencia.

#### PRINCIPALES CAUSAS DE LA DEPENDENCIA

Para analizar los principales condicionantes de la dependencia de las personas mayores, una de las tareas primarias es tener como referencia una definición del concepto de dependencia; en secciones anteriores de esta publicación se han analizado las de mayor relevancia para los fines de este Seminario. Para dar contexto, en este trabajo se ocupa la definición adoptada en el Consejo de Europa en el que se establece que la dependencia es:

[...] un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de la 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 (Consejo de Europa, 1998).

Al analizar desde un punto de vista semántico esta definición, se encuentran la mención de conceptos negativos, como falta, pérdida, necesidad de asistencia o ayuda; de igual manera se identifican factores positivos,

como vida diaria y cuidado personal. Si bien estos conceptos pueden ser de una aplicación universal para la población en general, lo cierto es que en México no se cuenta con una definición consensuada para todos los estudiosos del tema de la atención de las personas mayores; en consecuencia, esto representa un área de oportunidad para los trabajos futuros que deberán desarrollarse en el seno del Grupo Interdisciplinario de Estudios sobre el Envejecimiento.

La definición del concepto de dependencia es el punto de partida para pasar a su medición; para ilustrar lo que actualmente sucede en este contexto, una revisión sintética de la literatura existente (MTAS, 2005:569) ha permitido identificar un número considerable de índices o escalas de medición de la dependencia (Cuadro 2).

CUADRO 2  
Índices o escalas identificadas para medir la dependencia

Conjunto Mínimo de Datos (CMD) del RAI.	Índice de Karnofsky.
Método PLAISIR.	Escala de incapacidad de la Cruz Roja.
Escala de Evaluación de la Capacidad Adaptativa (EVALCAD).	Índice de Kenny.
Escala de Intensidad de Soporte (SIS).	Medida de la Independencia Funcional (MIF).
Escala de estado de Disfunción Ampliada de Kurtzke (EEDA).	Índice AVD del Grupos de Utilización de Recursos/RUG-III.
Escala de Kuntzman.	Perfil de autonomía (ayuda de tercera persona) Mélenec.
Baremo de necesidad de ayuda de tercera persona /ATP.	Variables discriminantes de la escala del AGGIR.
Índice de Barthel o de clasificación funcional o de AVD básicas.	Variables ilustrativas de la escala del AGGIR.
Índice de Lawton o AVD instrumentales.	Guías para la Evaluación de las Deficiencias Permanentes de la American Medical Association (AMA).
Índice de Katz.	

Si bien las formas de medición mencionadas responden a diferentes disciplinas y áreas del conocimiento para el estudio de la dependencia, lo cierto es que cada una de estas metodologías tiene sus propias ventajas y desventajas dependiendo de la información disponible para su construcción. En este sentido, una de las primeras tareas que debe realizarse para la atención de la dependencia en México, es acordar una definición que sirva de referencia para la construcción de la política pública correspondiente.

Con base en los elementos conceptuales antes referidos y en relación con los objetivos establecidos para este trabajo de investigación, a continuación se analizan las principales causas relacionadas con la dependencia de las personas mayores.

### *Inadecuadas condiciones de salud física y mental*

Debido a las condiciones de vida moderna en donde la comodidad de la tecnología, maquinaria y equipo, aunado al sedentarismo, la falta de actividad y el cambio en el perfil alimenticio de las personas durante su juventud y adultez, ha provocado un alto nivel de enfermedades crónicas no transmisibles; este tipo de padecimientos son de larga duración y afectan la calidad de vida de las personas con periodos de hospitalización prolongados y frecuentes, al buscarse la posibilidad de que se prolongue la vida (Secretaría de Salud, 2008).

Es necesario considerar que a partir de los 45 años, tanto en hombres como en mujeres, aumenta la discapacidad y se acentúa considerablemente a partir de los 70 años, que es cuando los riesgos de experimentar un deterioro en la calidad de vida aumentan.

Aunque no se ha conseguido definir de manera similar a otras enfermedades crónicas, los adultos mayores presentan problemas de salud física y mental como la depresión, alteraciones de memoria, incontinencia urinaria y fecal, y otros tipos de discapacidades.

Lo anterior, provoca una dependencia hacia los familiares a los que necesitan para que los atiendan y cuiden.

### *Insuficiente capacidad económica*

Los adultos mayores, generalmente son personas que cumplían un papel importante en la familia o en la sociedad, con roles como jefes de familia y proveedores de recursos económicos; al concluir dichos roles se genera una exclusión consistente en la pérdida de valor como una persona importante en el núcleo familiar y social. Esto significa que el principal problema que enfrentan es la falta de recursos económicos para subsistir, basado en la situación real de que a mayor edad, menor posibilidad de conseguir empleo, lo cual es un problema creciente en este país como resultado del cambio en la pirámide poblacional y el envejecimiento de la población.

Si bien en México para el sector formal o los trabajadores amparados bajo la *Ley federal del trabajo* (LFT) apartados A y B, se tiene establecido, en general, que el trabajador que consiga tener 30 años o más de servicios, es candidato a una pensión o jubilación, y aunque posean el derecho de tener servicios de salud y un pago mensual, se presenta el problema de que dicho beneficio no es suficiente para cubrir sus necesidades básicas.

Asimismo, debe considerarse que existen personas que laboraron en el sector informal que no han tenido las garantías de la ley y que han sobrevivido sin las prestaciones mínimas que marca la LFT y por consiguiente no tienen una pensión. Esta situación merma la calidad de vida de las personas y las hace dependientes económicamente de los familiares a los que necesitan para su manutención.

### *Baja cobertura de los derechos sociales*

El envejecimiento de la población cobra cada vez mayor importancia a nivel nacional y sobre todo derivado del crecimiento en la esperanza de vida el cual se establece por arriba de los 70 años de edad, sumado al incremento en el número de adultos mayores ya referido.

Los mexicanos de 70 años y más pasarán de 3.1 millones en el año 2000 a 4.8 millones en el año 2012, aumentando en más del 50 por ciento la magnitud de este grupo poblacional. De esta manera, en el país cada vez habrá más Adultos Mayores hasta que en el año 2050 se presentará una proporción de 85 Adultos Mayores de 70 años por cada 100 menores de 15 años (Sedesol, 2011).

Derivado de lo anterior, el Estado ha impulsado políticas públicas con el objetivo de apoyar su integración a la vida familiar y social, así como un proceso de mejora en la salud de las personas. Por ejemplo, el Programa de 70 y más, del gobierno federal, que pretende promover la asistencia social a los adultos mayores en condiciones de pobreza o vulnerabilidad; en particular, otorga un apoyo económico a los adultos mayores de 70 años que no reciban ingresos por concepto de pago de jubilación o pensión (Sedesol, 2011). Este programa se ampliará en 2013 al incluir a las personas a partir de los 65 años.

En este tenor, se presentan programas de salud que enmarcan la política nacional como son: Oportunidades en su Componentes de Salud y Nutrición, Prevenissste, Prevenimss o los programas de salud propios de los estados. Sin embargo, dichos programas, carecen del alcance necesario que permita la plena cobertura de la población de personas mayores.

### *Maltrato social y familiar*

El maltrato a los adultos mayores se puede presentar de manera intencional o no (descuido), además puede ser de carácter físico o psíquico; este último incluye las agresiones emocionales o verbales, o puede entrañar abuso económico u otros perjuicios materiales.

Cualquiera que sea el tipo de maltrato, es indudable que el anciano será víctima de sufrimientos innecesarios, de lesiones o dolor, pérdida o violación de sus derechos humanos y deterioro de su calidad de vida.

La calificación de una conducta como maltrato, descuido o explotación dependerá, probablemente, de la frecuencia con que se produzcan, su duración, gravedad y consecuencias, y sobre todo, del contexto cultural.

El cambio en los roles sociales de los adultos mayores genera a nivel familiar que con el tiempo sean maltratados y dependientes de las decisiones de las personas jóvenes que están al frente de la familia, sumado a los problemas de salud que hacen necesario que la familia los cuide.

Al ser desplazados los adultos mayores de su posición como jefes del hogar y al perder su autonomía en donde la familia es la institución básica, genera un proceso de sobreprotección que puede hacer que la persona se sienta aislada, deprimida y desmoralizada, lo que puede considerarse como una forma de maltrato. En algunas sociedades tradicionales, se abandona a las viudas ancianas y se les quitan los bienes.

Por otra parte, a nivel social son excluidos debido a que han dejado de ser productivos económicamente; asimismo, sus problemas de salud desembocan en la necesidad de atención excesiva o que se vuelvan intolerantes.

## UNA MIRADA A LA METODOLOGÍA DEL MARCO LÓGICO

Con fines de ilustrar la forma de cómo las causas descritas en la sección anterior, pudieran quedar representadas, bajo la Metodología del Marco Lógico,<sup>4</sup> se presentan los esquemas del Árbol del Problema (AP) y del Árbol de Objetivos (AO) (Figuras 3 y 4). En esta metodología se pone en el centro del análisis, cuál es el problema (social) que se quiere resolver y a partir de ello, se identifican las causas y los efectos que dicho problema ocasiona (ILPES, 2002). El AP es la representación sintética de las causas primarias y secundarias que ocasionan el problema que se busca resolver con la puesta en operación de la política pública o el programa presupuestario correspondiente; de igual forma se incluyen los efectos que dicho problema ocasiona. Para fines de los propósitos de esta investigación, el problema a resolver se define como la prevalencia de “altos niveles de dependencia” de las personas mayores y el AP quedaría representado en la Figura 3.

El AO es la traducción en positivo de las causas y los efectos identificados en el Árbol del Problema; para fines de ilustración, la representación quedaría definida en la Figura 4. El AO representa la oportunidad de tener una política integral para atender, en este caso, el problema de la prevalencia de la dependencia de las personas mayores; el objetivo estaría asociado con “Reducir los niveles de dependencia de las personas mayores”.

<sup>4</sup>La Metodología de Marco Lógico es una herramienta de planeación que en México se estableció como obligatoria a partir de la publicación de los *Lineamientos generales para la evaluación de los programas federales de la administración pública federal* por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Función Pública, en marzo de 2007.



FIGURA 3  
Árbol del problema. Ejemplo

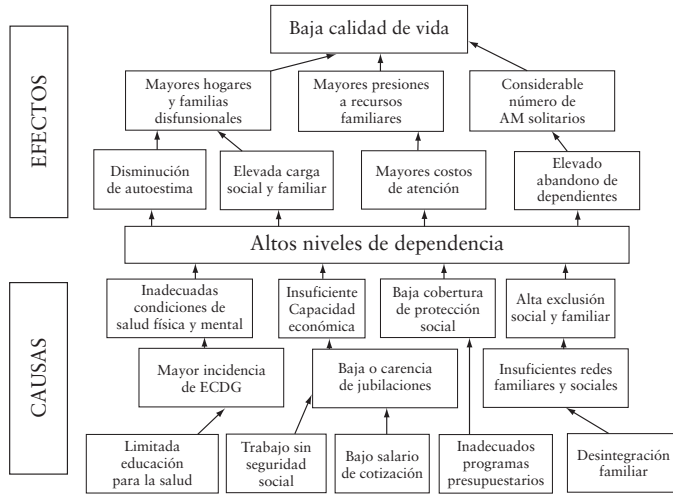
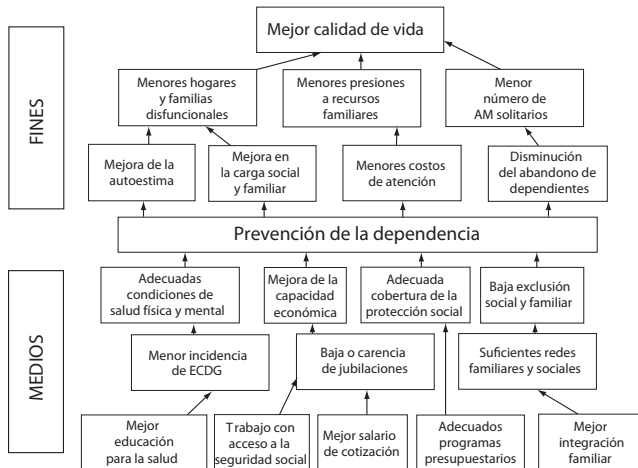


FIGURA 4  
Árbol de objetivos: Ejemplo



## LA SITUACIÓN JURÍDICA

El tema de la protección a las personas mayores está contemplado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Con un enfoque general se presenta una visión incluyente para todos los mexicanos, en donde se mandata sobre los derechos de las personas de la tercera edad; tal es el caso del artículo 1, último párrafo, que a la letra dice: “Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud” (Cámara de Diputados, 1917); el artículo 3 refiere que “Todo individuo tiene derecho a recibir educación”; el artículo 4 en su párrafo segundo, dice a la letra: “Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará”, y párrafo tercero “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”; de igual forma se menciona, en el artículo 123, que “Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley”.

Por otra parte, al revisar las diferentes leyes que emanan de la Constitución, se establece que hay elementos implícitos que dan certidumbre de la protección de los adultos mayores; por ejemplo, la *Ley federal del trabajo*, en su artículo 3, que a la letra dice: “El trabajo es un derecho y un deber sociales [...] No podrán establecerse distinciones entre los trabajadores por motivo de raza, sexo, edad, credo religioso, doctrina política o condición social” (Cámara de Diputados, 1970); de la *Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación*, en su artículo 12, que a la letra dice: “Los órganos públicos y las autoridades federales, en el ámbito de su competencia [...] medidas positivas y compensatorias a favor de la igualdad de oportunidades para las personas mayores de 60 años” (Cámara de Diputados, 2003).

De forma especial, se debe considerar la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*, que da certidumbre jurídica, como se señala en su artículo 1, que a la letra dice:

La presente Ley [...] Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, mediante la regulación de: I. La política

pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores; II. Los principios, objetivos, programas, responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Cámara de Diputados, 2002).

Con base en la normatividad señalada, el gobierno federal genera acciones de carácter jurídico que hacen efectivo y práctico lo anteriormente señalado: la protección de los derechos humanos y sociales de los adultos mayores.

#### LOS ASPECTOS PROGRAMÁTICOS

Cada seis años, el gobierno federal define las estrategias que permitan abordar y atender las problemáticas del país, en cumplimiento a los principios jurídicos. Para ello, en el marco de la Ley de Planeación se formula un *Plan Nacional de Desarrollo* (PND) sexenal.

Con la finalidad de ejemplificar los contenidos que se presentan de forma específica en relación con la protección de los personas mayores, en el PND 2007-2012 (Presidencia de la República, 2007), se consideró en el Eje 3. Igualdad de oportunidades, el apartado 3.6 Grupos vulnerables, Objetivo 17, en el que se contempló: “Abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud”. Para dar cumplimiento al objetivo referido la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) en su programa sectorial 2007-2012, menciona para el Objetivo 2. “Abatir el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables a través de estrategias de asistencia social que les permitan desarrollar sus potencialidades con independencia y plenitud”, y su Estrategia 2.2, que a letra dice:

Atender desde el ámbito del desarrollo social, las necesidades de los adultos mayores mediante la integración social y la igualdad de oportunidades. Promover la asistencia social a los adultos mayores en condiciones de pobreza o vulnerabilidad, dando prioridad a la población de 70 años y

más, que habita en comunidades rurales con los mayores índices de marginación (Sedesol, 2008).

Para cumplir con esta prerrogativa la Sedesol generó una intervención para la atención a los adultos mayores, denominada *Programa 70 y más*, que propuso la protección social a partir del incremento en sus ingresos y el tratar de disminuir el deterioro de su salud física y mental.

Por otra parte, la Secretaría de Salud elaboró su programa sectorial en la materia, a partir del cual se formuló el *Programa de acción específico 2007-2012 del envejecimiento*, que pretendió entre otros aspectos:

2. Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial en favor del envejecimiento activo y saludable; 3. Implementar esquemas de prevención y control de las enfermedades en los adultos mayores para promover un envejecimiento activo y saludable y, 4. Coadyuvar en la instalación de estructuras dentro del Sistema Nacional de Salud que aborden la epidemia de enfermedades crónicas y la atención al envejecimiento (Ssa, 2008).

En coordinación con estas prerrogativas se presentan acciones que las instituciones de seguridad social abordaron en sus programas de trabajo; por ejemplo, el Instituto Mexicano del Seguro Social, en su *Programa estratégico* (PEIMSS) abordó la importancia de sus programas como Prevenimss y Diabetimss, y el Plan gerontológico (IMSS, 2009:51); y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en su *Programa institucional*, dedicó, dentro de su objetivo número 9, la estrategia “O09.EI06. Fomentar una cultura del envejecimiento activo en los trabajadores al servicio del Estado” (ISSSTE, 2008).

Cabe señalar que la Secretaría de Salud se encarga de normar y estandarizar a partir de las normas oficiales mexicanas (NOM) los procesos de atención a la salud, tal es el caso de la NOM-031-SSA3-2012, para la prestación de servicios de asistencia social para adultos y adultos mayores (SSA, 2012); NOM-173-SSA1-1998, para la atención integral a personas con discapacidad (Ssa, 1999); NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes en la atención primaria (SSA, 1994) y modificada el 18 de enero de 2001 y con aclaración el 27 de marzo de 2001; NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial (Ssa, 2001); NOM-043-SSA2-2005, Servicios

Básicos de Salud, Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para brindar orientación (Ssa, 2006).

Finalmente, se identificó que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en su programa sectorial correspondiente, señaló en su Objetivo 9: Promover la equidad y la inclusión laboral explicando que:

[...] se construirá un Índice de vulnerabilidad laboral, a fin de contar con información precisa y oportuna en materia de vulnerabilidad laboral [...] que se encuentran en esta situación (mujeres, jóvenes, indígenas, personas con discapacidad y adultas mayores) (STPS, 2008).

Como se puede observar, todos estos esfuerzos se plantean de forma institucional y se refleja un trabajo individual; se carece de una acción coordinada y desarrollada de manera conjunta para unificar los enfoques, adaptándolos en función de las poblaciones objetivos correspondientes, pero sobre todo sumando esfuerzos en las coberturas de las acciones, ello permitiría la eficacia en el logro de las metas establecidas y, sobre todo, en la aplicación de los recursos y el cumplimiento de los mandatos en términos de la transparencia en la aplicación del gasto público y la rendición de cuentas.

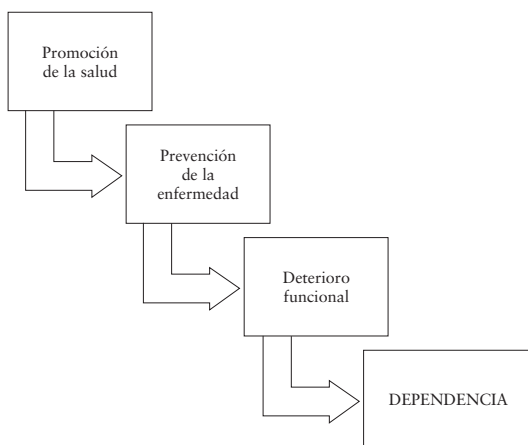
#### LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

En el problema de la atención de la dependencia, el costo social se asocia con la calidad de vida; el costo económico, por ejemplo, tiene que ver con todo lo que es la preparación de la infraestructura médica. Este ámbito se encuentra en déficit; ya que México no cuenta con los especialistas en geriatría y gerontología que se requieren, entre otros. Hay indicadores que refieren cuántos médicos generales se deben tener por cada mil habitantes; cuando se analizan estos indicadores para el caso de especialistas en la atención de personas mayores, como son los estándares de cuántos geriatras, gerontólogos, enfermeras geriátricas, debemos tener por cada mil personas mayores, éstos están por debajo de cualquier referencia. Estos planteamientos ejemplifican cuáles son los ámbitos de actuación y cuáles son los actores que están involucrados en la atención del problema de la dependencia.

En primer término, se debe analizar el proceso que sirve de marco de actuación para la prevención o, en su caso, atención de la dependencia. En este contexto, la principal estrategia es partir de la promoción de la salud (Figura 5); es decir, aquí es donde se tiene que invertir porque es la mejor forma de contribuir a la prevención de las enfermedades y evitar llegar al deterioro funcional que condicionan los problemas de discapacidad. Es, en este sentido donde se hace referencia, al grave problema del sobrepeso y obesidad de las personas mayores.

Con anterioridad se mencionó que siete de cada diez personas mayores tienen un problema de S-O y que esta inadecuada condición de salud es mayor para las mujeres que para los hombres mayores. Sin duda, este problema de salud pública permite afirmar que la mejor forma de actuación es la prevención a partir de la promoción de la salud.

FIGURA 5  
Proceso para atención de la dependencia



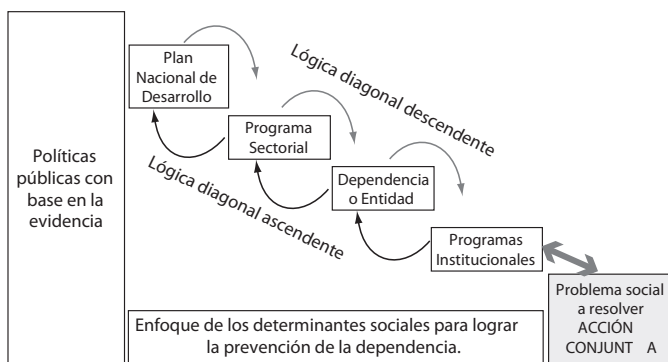
Esto significa que en el ámbito de la salud, es en la promoción de la salud donde se debe iniciar la actuación institucional (pero no la única) identificando los actores que deben intervenir. En este contexto, se plantea que la responsabilidad de prevención de la dependencia es una condición de carácter individual, familiar, comunitaria e institucional, y que los actores institucionales involucrados se ubican en los sectores público, social, privado, destacando la enorme importancia del sector académico; la

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, como casa abierta al tiempo, ha definido el estudio interdisciplinario del envejecimiento y de la dependencia de las personas mayores como prioridad del mayor interés; para su análisis cuenta con los investigadores idóneos ubicados dentro de las tres grandes divisiones que la conforman: Ciencias Sociales y Humanidades; Ciencias Biológicas y de la Salud y Ciencias y Artes para el Diseño.

De igual forma, en los ámbitos de intervención se debe considerar la actuación conjunta de los tres niveles de la administración: federal, estatal y municipal. Esta condición es de la mayor relevancia ya que, en la práctica, cuando se diseña una política pública se hace desde un enfoque (sentido) descendente; es decir, alguien (institución) formula el PND (aunque se haga referencia a un proceso concertado y participativo, a partir de mecanismos como son los foros de consulta popular o el uso de las nuevas tecnologías de la información para la recolección de opiniones y propuestas). Este documento se constituye en el marco de referencia para los programas sectoriales o especiales; de éstos se derivan los programas institucionales y, posteriormente, los de acción (Figura 6). Aquí está la mayor área de oportunidad; se tiene que modificar esta lógica; es decir, la lógica descendente tiene que ser complementada con la formulación de políticas públicas con una lógica de carácter ascendente (Figura 6), hay que ir a donde está el problema social a resolver, hay que hacer una planeación participativa en ese nivel de actuación y mediante esa planeación local cerrar esa parte del proceso de planeación que en 40 años no se ha logrado.

El planteamiento es central, se propone pasar de la planeación por programa social a la planeación por problema social. Esta es un área de oportunidad que se debe explorar con la mayor de las prioridades institucionales y académicas.

FIGURA 6  
De la planeación por programa social  
a la planeación por problema social



## ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

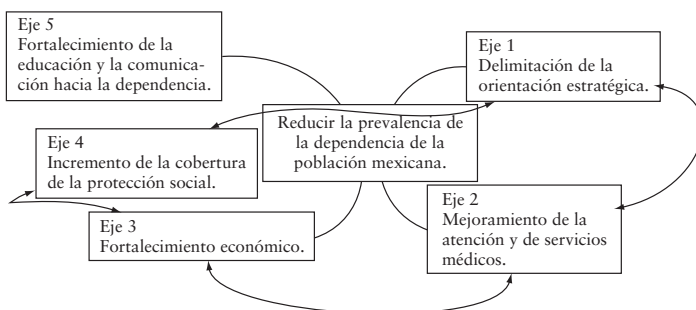
En esta sección se formula una propuesta de líneas de acción a manera de ejemplo; este ensayo tiene la finalidad de ilustrar hacia dónde debe orientarse el trabajo a desarrollar en los próximos meses en el contexto del Giesen. Se parte de que el objetivo general que orienta la identificación de elementos para la formulación de una política pública para la prevención de la dependencia es “Reducir los niveles de dependencia de las personas mayores”.

En este contexto, se propone que los trabajos a desarrollar para prevenir la dependencia estén orientados por cinco grandes ejes estratégicos (Figura 7). El trabajo conjunto que desarrollen los actores ya mencionados y en los ámbitos de actuación sugeridos, contribuirá de forma directa a la obtención del objetivo general propuesto.

Es importante señalar que si bien dentro de cada uno de los ejes se formula un ensayo de líneas estratégicas, la finalidad última es que puedan servir, bajo la responsabilidad actual en la que se construye la política social del *Plan de Nacional Desarrollo*, como elementos de discusión y construcción del conocimiento sobre cómo se ve en el Giesen que se deben hacer las cosas; se está cierto que estos trabajos no significan la ver-



FIGURA 7  
Ejes estratégicos para la prevención de la dependencia



dad única; deben ser analizados como una línea de investigación con todo el grupo de especialistas que se defina para tal efecto.

### *Eje 1. Delimitación de la orientación estratégica*

La primera prioridad es atender los elementos de carácter jurídico; se debe reflejar la atención de la dependencia en el contexto de los derechos humanos de las personas mayores; es decir, tiene que asignársele una total prioridad institucional como en la década de 1980 la tuvo la planificación familiar o como la ha tenido la política de vacunación. Por lo tanto, la adecuación del marco jurídico es la primera línea estratégica que se debe prever; en segundo orden, se deben reflejar en el PND de la presente administración federal, los mandatos para formular, de manera explícita, una política pública para la atención de las personas mayores; en tercer orden, la política pública que se defina se debe operacionalizar a partir de programas sectoriales o especiales, así como de programas institucionales que se deriven del plan, y se hagan explícitas las acciones, desde una perspectiva de acción conjunta, que las dependencias y organizaciones deben ejecutar para prevenir y atender las causas y efectos de la dependencia de las personas mayores; asimismo, es indispensable que se lleven a cabo las adecuacio-

nes a los sistemas de información institucionales para que se registre la información específica relacionada con la atención de la dependencia de las personas mayores (Figura 8).

FIGURA 8  
Eje 1. Delimitación de la orientación estratégica

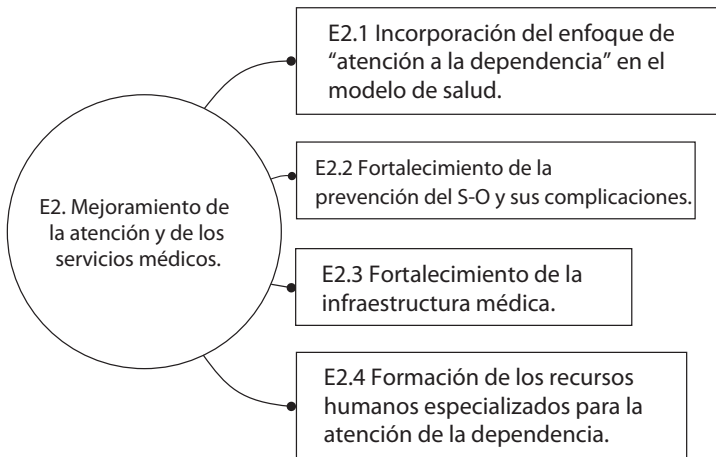


### *Eje 2. Mejoramiento de la atención y de los servicios médicos*

Las condiciones de salud son una de las principales causas de la dependencia; en consecuencia, el mejoramiento de la atención y de los servicios médicos se constituye en un eje estratégico fundamental; para ello, la atención a la dependencia debe estar explícita en el modelo de atención a la salud, asignándole prioridad a la promoción de la salud en el marco del sistema universal de salud. En ese sentido, una segunda línea estratégica debe ser la prevención del sobrepeso y la obesidad y sus complicaciones; es evidente que el problema del S-O no se ha concebido como un problema de salud, no se le ha asignado esa prioridad, ni siquiera desde el punto de vista programático y mucho menos de carácter presupuestal. De igual

forma, deberá fortalecerse la infraestructura en salud, adecuándola a las necesidades específicas de las personas mayores, y promoviendo la formación de personal especializado en los problemas de atención característicos de este grupo de población (Figura 9).

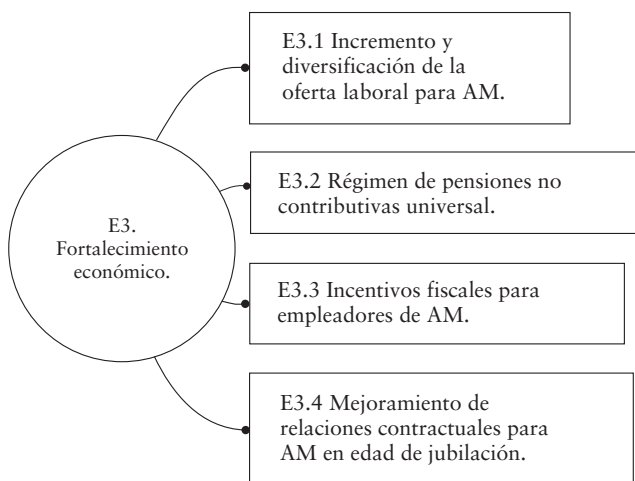
FIGURA 9  
Eje 2. Mejoramiento de la atención y de los servicios médicos



### *Eje 3. Fortalecimiento económico*

El fortalecimiento económico de las personas mayores requiere incrementar y diversificar la oferta laboral correspondiente; este tema tiene que ser discutido e incluir tanto una persona que no tuvo un trabajo formal, como aquella que pasó 35 o 40 años laborando y se retira, y después tiene que volver a trabajar para subsistir. Se deben ensayar esquemas novedosos de cómo poder aprender de lo que esa persona ya sabe. De igual manera poner en operación algunos tipos de pensiones no contributivas a nivel universal; así como implementar esquemas de incentivos fiscales a empleadores de personas mayores. En el terreno laboral se deben ofrecer modelos para que las personas en edad de retiro puedan disfrutar de su pensión y continuar laborando con privilegios de horarios y jornadas de medio tiempo (Figura 10).

FIGURA 10  
Eje 3. Fortalecimiento económico

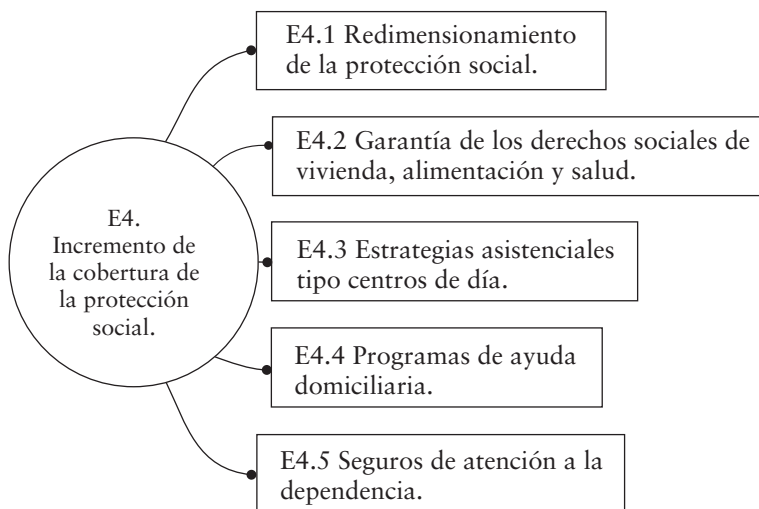


#### *Eje 4. Incremento de la cobertura de la protección social*

Sin lugar a dudas, el Eje Estratégico relacionado con la protección social debe ser analizado desde diferentes perspectivas; en primer orden llevar a cabo una redimensión del concepto; es decir, lo que hemos escuchado en los últimos 10 años es el tema de la protección social en salud, llamada de forma equivocada seguro popular. En este sentido, es necesario ampliar la cobertura de la protección social en términos de los derechos humanos y sociales. Se debe asegurar que todo adulto mayor tenga vivienda digna, alimentación adecuada y atención de sus problemas de salud; si se cumple con estos tres derechos, se estarían reduciendo considerablemente las presiones económicas de las personas mayores. Otra línea se relaciona con ofrecer centros de día de carácter asistencial, en los cuales encuentre la atención a sus problemas básicos de salud, alimentación y convivencia; en esta misma estrategia de atención se ubican los programas de ayuda domiciliaria, sobre todo para las personas mayores que viven en condición de soledad (vivienda unitaria). Otra línea estratégica que deberá ser analizada es la relacionada con la creación y promoción de seguros para prevenir las necesidades económicas relacionadas con la dependencia en edades mayores (Figura 11).

FIGURA 11

## Eje 4. Incremento de la cobertura de la protección social

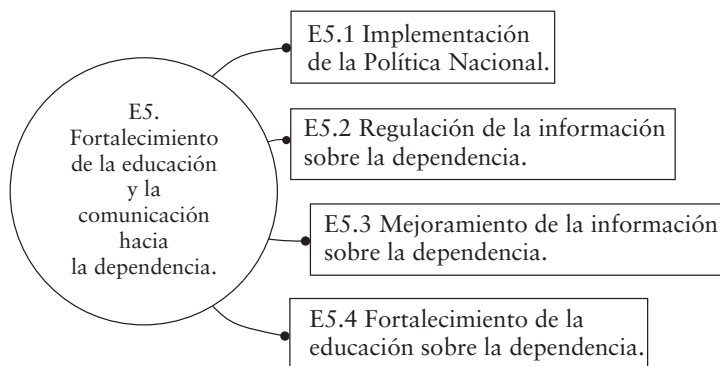


*Eje 5. Fortalecimiento de la educación  
y la comunicación hacia la dependencia*

Como planteamiento estratégico, el fortalecimiento de la educación y la comunicación hacia la dependencia, debe partir de la política pública correspondiente; en este contexto, otra línea estratégica es la regulación de la información sobre la dependencia misma, promoviendo una mejor información a la población en la que se manifieste que la dependencia, si bien es un proceso natural del ser humano, como condición negativa también es factible de prevenir, sobre todo en los aspectos relacionados con sus costos económicos. Asimismo, una línea estratégica debe dedicarse a los aspectos de educación; tanto en la forma de cómo se debe ver la atención que los familiares jóvenes deben proporcionar a sus personas mayores, tanto en la educación que en esa misma edad joven se debe tener para prevenir las causas de la dependencia y prever la contención de los efectos que dicha dependencia ocasiona (Figura 12).

FIGURA 12

## Eje 5. Fortalecimiento de la educación y la comunicación hacia la dependencia



## CONCLUSIONES

En este ensayo se considera como premisa final, el hecho de que es evidente que la estructura social, al igual que la familiar han cambiado en los últimos 30 años; la definición de familia que se tenía en esa época se ha modificado y este es un tema que se analiza de forma permanente con los alumnos de las diferentes disciplinas de la UAM-Xochimilco; si bien esto es cierto, también lo es el que ya es tiempo de que la responsabilidad del adulto mayor deje de ser exclusiva de la mujer o de la familia; es necesario que el Estado mexicano asuma, cumpla, resuelva y ofrezca la oportunidad de que se disponga de una política pública explícita para atención de la dependencia de las personas mayores. Los elementos aquí aportados son la base para su construcción.

En este contexto, también se ha identificado que la prioridad es la determinación e implementación de los mandatos jurídicos acompañados de los elementos programáticos relacionados con la atención de la dependencia; en este ensayo se muestra la naturaleza de los objetivos que deben acompañar intervenciones bajo una responsabilidad gubernamental.

Especial mención se hace sobre los planteamientos estratégicos para la prevención de la dependencia, en los que se ensayan ejes que orienten la intervención, así como se ejemplifican los tipos de estrategias y de líneas de

acción que podrían contribuir a que la dependencia de las personas mayores no sea una situación que rompa con los esquemas de organización familiar, económicos y sociales; sino que a partir de un enfoque preventivo contribuya, con una visión de futuro, a una dependencia atendible.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cámara de Diputados (1917), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Cámara de Diputados/Congreso de la Unión, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de junio de 2012.
- Cámara de Diputados (1970), *Ley Federal del Trabajo*, México, Cámara de Diputados/Congreso de la Unión, *Diario Oficial de la Federación*, 9 de abril de 2012.
- Cámara de Diputados (2002), *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, México, Cámara de Diputados/Congreso de la Unión, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de abril de 2012.
- Cámara de Diputados (2003), *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*, México, Cámara de Diputados/Congreso de la Unión, *Diario Oficial de la Federación*, 09 de abril de 2012.
- Cámara de Diputados (2006), *Análisis demográfico y socioeconómico de la población de Adultos Mayores de México, 2006-2050*, México, Cámara de Diputados/Congreso de la Unión.
- Consejo de Europa (1998), *Recomendación núm. (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia*, Estrasburgo, Consejo de Europa.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (2008), *Programa Institucional 2007-2012*, México, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) (2004), “Metodología del marco lógico”, *Boletín del instituto*, núm. 15, octubre, Chile, ILPES/CEPAL.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2009), *Programa Estratégico del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2012*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo*, Cuernavaca, México, Centro de Investigación en Nutrición y Salud/Instituto Nacional de Salud Pública.

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS) (2005), *Atención a las personas en situación de dependencia*, Libro Blanco, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad/ Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Presidencia de la República (2007), *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, México, Presidencia de la República.
- Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) (2008), *Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012*, México, Secretaría de Desarrollo Social.
- Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) (2011), “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa 70 y Más, para el ejercicio fiscal 2012”, *Diario Oficial de la Federación*, decimoprimer sección, 30 de diciembre de 2011.
- Secretaría de Salud (SSA) (1994), “NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria”, *Diario Oficial de la Federación*, 8 de diciembre.
- Secretaría de Salud (SSA) (1999), “NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad”, *Diario Oficial de la Federación*, 19 de noviembre.
- Secretaría de Salud (SSA) (2001), “Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial”, *Diario Oficial de la Federación*, 17 de enero.
- Secretaría de Salud (SSA) (2006), “Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación”, *Diario Oficial de la Federación*, 23 de enero
- Secretaría de Salud (Ssa) (2008), *Programa de Acción Específico 2007-2012 del Envejecimiento*, México, DF, Secretaría de salud.
- Secretaría de Salud (Ssa) (2012), “Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad”, *Diario Oficial de la Federación*, 13 de septiembre.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) (2008), *Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social, 2007-2012*, México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- Shamah-Levy, Teresa, Lucía Cuevas-Nasu, Verónica Mundo-Rosas, Carmen Morales-Ruán, Leticia Cervantes-Turrubiates y Salvador Villalpando-Hernández (2008), “Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional”, *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. 5, septiembre-octubre, pp. 383-389.





## Deslinde de la autonomía y la autorrealización como derechos humanos

Leoncio Lara Sáenz

**P**or principio quiero expresar un planteamiento que la sabiduría popular está tratando de conceptualizar como principio axiomático, *envejecer es obligatorio, crecer es opcional*, tengámoslo en mente.

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

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

A partir de este enfoque, es que se ha tratado de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales.

Desde esta perspectiva, se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y programas aplicables a nivel nacional, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades, que deben ser asistidas, sino sujetos *con autonomía y autorrealización* que constituyen derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad.

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

En el ámbito internacional, en diciembre de 1991 se formalizan los principios de la Organización de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, de los cuales destacan los relativos a la autonomía o independencia que se refieren a los derechos de los adultos mayores relativos a la alimentación, el agua, la vivienda, el vestuario, la atención y los cuidados a la salud, la provisión de ingresos y, en general, a la autosuficiencia, agregando el trabajo, la educación y la capacitación.

Otro principio es de la autorrealización, que se refiere al derecho para aprovechar las oportunidades que permitan desarrollar plenamente su potencial y para acceder a los recursos educativos culturales y recreativos.

Además, estas situaciones se refieren al principio de la dignidad, la seguridad y a la libertad respecto de malos tratos físicos y mentales, pero incluyen el principio de la participación, es decir, su integración a la familia y a la sociedad de manera activa y su despliegue de actividades de experiencia de trabajo, de educación o de asociarse y actuar políticamente con éxito en programas sociales.

En consecuencia, la titularidad de los derechos tiene como referente normativo los acuerdos y normas internacionales sobre derechos humanos y, en consecuencia, es en el ámbito nacional en donde se deben instrumentar los mecanismos necesarios para la eficaz aplicación de la trama normativa. En este sentido, la Constitución de cada país es la que establece la jerarquía de dichos tratados dentro del ordenamiento jurídico interno. En el caso mexicano esta jerarquía ha estado contenida en el artículo

133 y a partir de la reforma del 10 de junio de 2011, también ha de considerarse el artículo 1, que incorpora los tratados internacionales en materia de derechos humanos a nuestro sistema jurídico.

Estas reformas consisten en el reconocimiento de la Constitución, en su artículo 1, para todas las personas en México y en esto se incluye a los adultos mayores no ya como grupo vulnerable en situaciones de riesgo, sino como personas, de tal manera que los derechos humanos se interpretan de conformidad con la Constitución y con los tratados internacionales, favoreciendo en todo tiempo a cada persona con la protección más amplia.

Conforme a la Reforma Constitucional de junio de 2011, procedamos a deslindar algunos derechos humanos determinados por la Carta magna y referidos explícitamente a las personas adultas mayores:

El artículo 1 reformado, considera que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la propia Constitución y en los tratados internacionales reconocidos por México y, en consecuencia, se identifica el derecho humano a la igualdad. Asimismo, obliga a todas las autoridades en su ámbito de competencia, a proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, por lo cual el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos.

También el artículo 1 establece el derecho humano a la no discriminación de los ancianos, al establecer que queda prohibida la discriminación, entre otras varias causas, aquella motivada por la edad.

De manera directa en los casos de suspensión de garantías se establecen como derechos humanos para todos, obviamente para los adultos mayores, el reconocimiento de la personalidad jurídica, a la vida, a la integridad personal, a la protección a la familia, al nombre, a la nacionalidad, a los derechos políticos, a las libertades de pensamiento, de conciencia y de profesar creencia religiosa alguna, al principio de legalidad, de retroactividad, la prohibición a la pena de muerte, la prohibición a la esclavitud y la servidumbre, la prohibición de la desaparición forzada y la tortura y a las garantías judiciales indispensables para la protección a estos derechos, el debido proceso legal, el tránsito, la audiencia y varios más.

La reforma obliga a todas las autoridades en el ámbito de sus competencias, a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, o sea para todos, de interdependencia, que significa que un derecho está asociado a los demás, de indivisibilidad, que significa que un derecho no puede ser gozado o

aplicado parcialmente y además de progresividad, por lo cual el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en los términos de la ley.

En este caso, la Ley de referencia es la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores de 2002*, reformada en 2012, misma en la que se incorporan y reconocen los principios rectores de los principales derechos de los adultos mayores, entendiendo la autonomía y la autorrealización, como las acciones que fortalezcan la independencia y la capacidad, decisión y el desarrollo personal y comunitario de los ancianos; la participación, como la inserción de los ancianos en todos los órdenes de la vida pública; la equidad que sería el trato justo y proporcional en la recepción de los elementos del bienestar, la corresponsabilidad y desde luego la atención preferente.

La lista de derechos es significativa, citemos: la integridad, la dignidad y la preferencia orientadas a una vida de calidad sin discriminaciones en una vida libre y sin violencia, respetuosa de la integridad física, psicoemocional y sexual, a la protección contra toda forma de explotación y debidamente atendida por la familia, la sociedad y las autoridades de todo nivel político.

Pero al aceptar la reforma constitucional como fuente a los tratados internacionales, también está de acuerdo en los principios que rigen estas situaciones:

1. Los Estados tiene la obligación de respetar los derechos reconocidos en los tratados internacionales.
2. Los Estados tiene la obligación de proteger e impedir la violación de los derechos.
3. Los Estados tienen la obligación de realizar acciones positivas y políticas e instituciones del buen cumplimiento y ejercicio de los derechos humanos que en su conjunto se asientan en la dignidad, la calidad de vida, la autonomía y la autorrealización que finalmente son los derechos fundamentales de los adultos mayores, que todos en la nómina del tiempo buscamos.

Terminemos recordando que Norberto Bobbio, pensador italiano de gran calado que volvió a escribir a los 85 años –y no a los 60, como Cice-

rón—, un libro llamado *De senectute* (de la vejez), señaló que lo malo de la vejez es que dura poco y a veces es conveniente, y creo que ésta es una de ellas, contrastar esta expresión con el refrán popular que dice *el hombre se hace viejo demasiado pronto, pero sabio demasiado tarde*, o nunca, diríamos nosotros.



# Políticas públicas de seguridad y asistencia sociales frente a los derechos de autonomía y autorrealización

Juan Carlos Ruiz Espíndola

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento en México no es sólo un problema de salud o de financiamiento del sistema de pensiones; es, en realidad, una gran oportunidad para repensar la orientación de las políticas públicas enfocadas a la atención de grupos vulnerables, de resignificar la etapa de la vejez, al sujeto viejo, y el proceso de envejecimiento, para trabajar en la consolidación democrática que permita el desarrollo de nuestro país en términos de construcción de ciudadanía (Vivaldo y Martínez, 2012:27).

**E**s indudable que en México se han creado e implantado múltiples políticas públicas, se han promulgado leyes y se ha emitido normativa, y por supuesto, se han creado instituciones integradas verticalmente, todo esto a favor de la vejez.

Desde luego forma parte importante de este andamiaje la normativa internacional, que desde 1978, con la Primera asamblea mundial sobre el envejecimiento organizada por Naciones Unidas, así como con la Conferencia preparatoria de la Organización Mundial de la Salud con el tema “La política de salud y el envejecimiento” ha abordado e impulsado la atención y los derechos de los adultos mayores.

Con este preliminar ejercicio de confronta respecto de la seguridad y asistencia sociales, frente a las acciones tendientes a la autorrealización y autonomía del adulto mayor, dados los nuevos esquemas y paradigmas,



trataré de justificar la conveniencia de crear nuevas instituciones, como la Defensoría del Adulto Mayor, y una reforma legal que permita ir más allá de las acciones, como lo indica la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores* vigente, de *protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental*.

#### ALGUNAS REFERENCIAS HISTÓRICAS RECIENTES

En franca referencia al minucioso análisis que realizan Marissa Vivaldo y María de la Luz Martínez, es pertinente remontarnos al año de 1977, fecha en la que se crea Dignificación de la vejez, AC, uno de los primeros esfuerzos reales para la atención a la vejez, y que además constituye el pilar para la creación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF); para posteriormente, en 1979, dar pie a la fundación del Instituto Nacional de la Senectud (Insen).

En 1981, en el ámbito internacional, México participa en la investigación regional coordinada por la Organización Panamericana de la Salud, misma que formó parte de la preparación de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

Para 1982 se decreta incorporar al SNDIF, la prestación de servicios asistenciales a los ancianos, como la asistencia jurídica gratuita. Cabe señalar que varias funciones, como la mencionada asesoría jurídica, ya las brindaba el Insen, lo que indica duplicidad de funciones; sin embargo, y a decir verdad, el Estado continúa, aunque con moderada amplitud, llevando a cabo acciones en pro de las personas adultas mayores.

En el ámbito de la planeación sexenal del gobierno federal, están previstas las políticas públicas en materia de asistencia y seguridad social a las personas adultas mayores, enseguida lo más destacable:

##### *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988*

Aun con la implantación de un modelo neoliberal de adelgazamiento del Estado, las directrices en materia de política social y de acciones contra la pobreza, se destaca:

- Atención prioritaria a las necesidades básicas de los *grupos más desprotegidos*.

- Las acciones de salud estarán particularmente encaminadas a impulsar la *protección de los ancianos en abandono total o parcial*.

En la década de 1980 el Insen atravesó un proceso de debilitamiento, aunque en algunos sectores, como el de servicios asistenciales, amplió su gama con la geriátrica. Asimismo, publicó un catálogo de *Programas asistenciales y servicios sociales*, en el ámbito de los esfuerzos de nivel preventivo y de implementación de servicios. En ese sentido, desplegó un plan de trabajo con 24 programas, entre los que destacan: apoyo al poder adquisitivo; servicios educativos; *atención geriátrica*; investigación social gerontológica, e investigación geriátrica.

#### *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*

- Se determinó garantizar la atención a las *personas de la tercera edad* que, una vez que dejaran de participar en actividades económicas, se les diera la categoría de *sector más desfavorable*.
- Proponía acciones concretas orientadas al funcionamiento de una *seguridad social justa*, que garantizara un *retiro de la vida laboral sin detrimento de su bienestar*; también a la ampliación de los servicios educativos, culturales, de reposo y recreación, *así como el aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias*.

En 1999 se promulga, en el estado de Yucatán, la primera ley en la materia denominada *Ley para la protección social de las personas en edad senescente* y ese mismo año, en el Distrito Federal se aprueba la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*, ordenamientos novedosos para el mejoramiento de servicios de asistencia y para atender deficiencias de calidad y recursos, en favor de las *personas de la tercera edad*.

El *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, define importantes directrices:

- Instrumentar políticas incluyentes para la atención a los *ciudadanos de edad avanzada*.
- Brindarles retribuciones, asistencia y oportunidades como el *empleo*.
- Promover un *Comité Nacional de Atención al Envejecimiento*, que incluyera a los estados, municipios e instituciones gubernamentales y privadas.

Las líneas de acción fueron:

1. Crear conciencia en la población sobre los *derechos de los adultos mayores*, sus necesidades y cuidados especiales.
2. Acuerdos de coordinación para aprovechar la capacidad instalada del gobierno y la iniciativa ciudadana.
3. Impulsar mejores programas del cuidado de la salud para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas.
4. Apoyar las condiciones para su participación activa de las políticas sociales.
5. Promover la investigación y conocer con mayor precisión sus necesidades en el país y para el futuro.

Durante ese sexenio, en el 2002, se promulgó la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*, en cuyos apartados más importantes y prioritarios estaban:

1. *Servicios sociales*. Con el propósito de orientar la planeación y concertación de acciones de instituciones públicas y privadas; lograr el funcionamiento de los programas y servicios, promoviendo solidaridad y participación ciudadana, permanencia de los adultos mayores en su núcleo familiar y comunitario; así como programas especiales de educación y becas de capacitación laboral para su *reincorporación a la planta productiva y desarrollo profesional*.
2. *Salud*. Procurando se brindara la atención integral e interinstitucional de los sectores público y privado; así como el fortalecimiento de redes familiares, sociales e interinstitucionales; garantizar la *asistencia social*.
3. *Vivienda y transporte*. Promover la existencia de condiciones óptimas en el transporte público y espacios arquitectónicos; y la generación de programas de vivienda para la obtención de créditos accesibles para adquirir o remodelar su vivienda.
4. *Participación*. Se busca lograr su intervención en la formulación y ejecución de las políticas públicas; desarrollo humano integral con equidad de género; organización y participación para aprovechar su experiencia y conocimiento; creación de espacios de expresión.
5. *Violencia, discriminación y maltrato*. En este apartado se prevé la difusión de derechos y valores.

En esta década se dan importantes avances en materia de atención al envejecimiento desde las entidades públicas del Gobierno Federal.

- A. *Secretaría de Desarrollo Social*. Emitió la *Estrategia nacional de desarrollo social contigo, igualdad y equidad*, a partir del desarrollo de capacidades, generación de opciones de ingreso; formación de patrimonio y protección social. Expidió programas como Oportunidades; Ahorro para el retiro de oportunidades, y Atención a adultos mayores en zonas rurales.
- B. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam). Instrumentó diversas estrategias, entre las que estuvieron:
- a. Capacitación, atención con carácter preventivo.
  - b. Programas de promoción y difusión de los derechos humanos y el *Programa de transmisión de valores de las personas mayores a los jóvenes infractores*.
  - c. Creación de clínicas de hipertensión, de diabetes, de memoria y adicciones, y servicio psicológico.
  - d. Publica la *Agenda del consejo de coordinación interinstitucional sobre el tema de adultos mayores*, en la que se convocaron 38 entidades del Ejecutivo Federal y organizaciones civiles, con el objetivo de crear un Consejo Nacional para las Personas Adultas Mayores.

De conformidad con datos arrojados por las especialistas, lamentablemente no se consolida como organismo rector para el diseño de políticas públicas, sobre todo por tratarse de cuestiones presupuestales.

#### *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*

Los esquemas más relevantes son:

- *Grupos vulnerables*, igualdad de oportunidades, acceso a servicios de salud, educación y trabajo.
- Abatir la marginación y el rezago, a partir del *desarrollo con independencia y plenitud*.
- Apoyo económico bimestral a los ancianos de 70 años y más.
- *Aprovechamiento de la experiencia de los adultos mayores*. Desarrollo en actividades productivas de relevancia para su comunidad. *Genera-*

*ción de empleos*, estímulos fiscales para empresas que los contraten; *generación de un ingreso adicional* para hacer frente al empobrecimiento progresivo.

- Acceso a redes sociales de protección.
- Consolidación de políticas públicas de apoyo alimentario.

Son de destacarse las propuestas de programas con acciones y objetivos claros. Queda pendiente el análisis respecto al grado de cumplimiento de los mismos.

CUADRO 1

Acciones	Objetivos
Programa de atención a adultos mayores en zonas rurales de la Secretaría de Desarrollo Social.	Contribuir a que los adultos mayores de 60 años y más, superen condiciones de pobreza alimentaria. Transferencia anual de 2 100 pesos en efectivo.
Programa de atención a adultos mayores de 70 años y más de la Secretaría de Desarrollo Social.	Mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores de 70 años y más, apoyo mensual de 500 pesos.
Programa nacional de atención al envejecimiento. Implementado por la Secretaría de Salud en conjunto con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras instituciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir a la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mayor de 60 años.</li> <li>• Alcanzar un “envejecimiento activo”, manteniendo la funcionalidad del adulto mayor en el contexto de la salud.</li> <li>• Promoción de la salud.</li> <li>• Detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico-degenerativas.</li> <li>• Tratamiento y control de enfermedades.</li> <li>• Cartilla Nacional del Adulto Mayor.</li> </ul>
Seguro Popular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social.</li> <li>• Catálogo Universal de Servicios de Salud.</li> </ul>

*continúa...*

CUADRO 1

(continuación)

Acciones	Objetivos
Programa de atención integral a personas adultas mayores sujetas de asistencia social DIF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar atención gerontológica a quienes se encuentren en desamparo, incapacidad, marginación o maltrato.</li> <li>• Servicios integrales multi e interdisciplinarios para satisfacción de necesidades.</li> <li>• Alojamiento en centros gerontológicos del DIF.</li> <li>• Educación continua gerontológica a la población.</li> <li>• Formación de profesionales en gerontología.</li> <li>• Rehabilitación e integración social.</li> <li>• Formación y capacitación de recursos humanos.</li> <li>• Sensibilización difusión.</li> <li>• Alojamiento, alimentación, vestido, actividades socioculturales, recreativas y deportivas.</li> <li>• Atención médica, psicogerontológica, jurídica, psiquiátrica y del día.</li> </ul>
Programa de atención a la salud y el envejecimiento implementado por el ISSSTE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención preventiva en salud y envejecimiento en el primer nivel.</li> <li>• Funcionamiento de 139 módulos gerontológicos.</li> </ul>
Programa de envejecimiento activo (Prea) del IMSS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conservación y desarrollo de su potencial de bienestar físico, mental y social.</li> <li>• Mejoramiento de su calidad de vida con salud, <i>independencia</i>, dignidad y <i>participación en diversas actividades</i>.</li> </ul>
Modelo de atención gerontológico del Inapam.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de una política pública de vejez que considera fundamentalmente aquellos factores que elevan la calidad de vida, desde un enfoque de derechos y con perspectiva de envejecimiento.</li> <li>• Transmisión de valores.</li> <li>• Empleo y apoyo a la economía.</li> <li>• Salud, investigación y formación de recursos humanos en gerontología.</li> <li>• Desarrollo social y comunitario, <i>asesoría jurídica</i>, actividades socioculturales, turismo y recreación, servicios educativos y psicológicos.</li> </ul>

Para este sexenio, los ejes rectores de la política pública nacional, a realizar por medio del Inapam se tradujeron en lo siguiente:

1. *Cultura del envejecimiento*. Premisa ética y normativa de considerar a las personas adultas mayores como sujetos de derechos y *no como grupo vulnerable. Protección efectiva de sus derechos humanos.*
2. *Envejecimiento activo y saludable*. Proporcionar los medios y las oportunidades para el goce de una vejez saludable con recreación, esparcimiento, asociación y participación que contribuyan a su bienestar y autoestima.
3. *Seguridad económica*. Incentivar la participación de la población en el sector formal. Generar mejores oportunidades de autoempleo.
4. *Protección social*. Garantizar las necesidades mínimas de las personas de edad: salud, alimento, vestido y vivienda.

#### GESTACIÓN DE LAS PRINCIPALES INSTITUCIONES, EXPEDICIÓN DE NORMATIVA Y PRINCIPALES RESULTADOS

El Insen da inicio y ejerce sus funciones a partir de conocimientos *casinulos* sobre las características físicas, psicológicas y sociales de los ancianos; asimismo, enfoca su atención a la situación económica precaria por la desocupación y marginación del sistema laboral y limitados ingresos de jubilados y pensionados. Estas referencias dan debida cuenta de la lamentable posición de las personas adultas mayores, lo que lleva, entre otras acciones, a crear una infraestructura en materia de servicios de salud para hacer frente a las enfermedades crónico-degenerativas. Por otro lado, se emitió normativa para la implantación de programas asistenciales y que previó lo siguiente:

- Establecimiento de protocolos de investigación.
- Implementación de programas de educación permanente para todos los grupos de la población relativos al proceso de envejecimiento.
- Programas de posgrado en geriatría y gerontología.
- Creación de centros de producción autofinanciables para mayores.
- Promoción de la incorporación de jubilados y retirados a programas obligatorios de capacitación para empresas.
- Creación de centros de asistencia en estados y municipios.

- Procuración de asistencia médica especializada.
- Promoción de la organización y *participación* de los viejos para mantenerlos incorporados a la sociedad.
- Establecimiento de servicios de *asesoría jurídica*.
- *Proceso de investigación jurídica* para proponer reformas a las leyes para mejorar la protección jurídica del anciano.
- Programa para normar a las instituciones privadas que prestan asistencia a los ancianos.

Las propuestas del Insen fueron:

- Investigación gerontológica.
- Formación de recursos humanos en gerontología y geriatría.
- Centros de producción y bolsas de trabajo.
- *Procuraduría de la Defensa del Anciano*, albergues y clubes de la tercera edad.
- Servicios psicológicos.

En ese tenor, el SNDIF y el Insen, se dieron a la tarea de realizar seminarios en la materia, cuyo objetivo y directrices fueron los siguientes:

- Seminarios “La asistencia social y el anciano en México”.
- Se daba cuenta de los avances científicos gerontológicos y evaluación de la participación interinstitucional para resolver los problemas sociales y económicos de los viejos en México.

El Insen operaba programas educativos, sociales, culturales y psicológicos, y en 1988, se llegó a una cifra importante de, aproximadamente, 700 mil afiliados. En ese mismo año se crea el primer servicio de geriatría del ISSSTE y el IMSS da prioridad respecto de su Programa de jubilados y pensionados.

Se implantaron políticas públicas para superar lo precarizado del nivel de vida de las personas adultas mayores, contra la agudización de su estatus de carga social y familiar.

Como ya se mencionó, se promulga la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*, la cual sienta las bases para una política basada en derechos y dar un nuevo impulso al Insen, para convertirse en el Instituto Nacional de los Adultos en Plenitud y posteriormente, en el Instituto



CUADRO 2  
Directrices

Primer seminario	Segundo seminario
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Programas de asistencia.</li> <li>b) Pensiones no contributivas.</li> <li>c) Opciones de autoempleo</li> <li>d) Acceso universal a servicios de salud.</li> <li>e) Mantenimiento de la funcionalidad física, mental y social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Salud y enfermedades crónicas.</li> <li>b) Depresión.</li> <li>c) Aspectos psicopatológicos de la vejez.</li> <li>d) Biología del envejecimiento.</li> <li>e) Envejecimiento celular.</li> <li>f) Vigilancia epidemiológica.</li> <li>g) Educación para la salud.</li> </ul>
Tercer seminario	Cuarto y quinto seminarios
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Políticas sociales de atención.</li> <li>b) Formación de recursos humanos.</li> <li>c) Programas de atención integral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Cuidados prolongados.</li> <li>b) Desarrollo de <i>potencialidades</i> en la vejez.</li> <li>c) Mantenimiento de la salud.</li> <li>d) Incremento de la participación familiar.</li> </ul>

de las Personas Adultas Mayores, órgano rector de la política pública en materia de envejecimiento. Entre sus principales disposiciones tenemos los servicios sociales, la salud, la vivienda y el transporte.

Se han generado importantes avances en entidades públicas como en la Secretaría de Desarrollo Social que proyecta una Estrategia Nacional del Desarrollo Social Contigo, igualdad y equidad, mediante el desarrollo de capacidades, generación de opciones de ingreso; formación de patrimonio y protección social, se pone en marcha el Programa Oportunidades, Ahorro para el retiro de oportunidades, y Atención a adultos mayores en zonas rurales.

El Inapam establece como principales estrategias la capacitación, atención con carácter preventivo, programas de promoción y difusión de los *derechos humanos* y Programa de transmisión de valores de las personas mayores a los jóvenes infractores, creación de clínicas de hipertensión, diabetes, de memoria y adicciones, y servicio psicológico.

El IMSS llevó a cabo un programa piloto de atención domiciliaria y el ISSSTE desarrolló programas especializados en geriatría y atención del alzheimer.

El SNDIF dio continuidad a programas de asistencia a ancianos en situación de vulnerabilidad.

Durante la administración del presidente Carlos Salinas de Gortari, hay un paso importante con la creación de un subprograma “Maestros jubilados”, que buscaba reincorporarlos a la vida laboral, precedente que nos permite dar mayor sustento a pasar de lo asistencial a la autorrealización. Lamentablemente, con el Programa nacional de solidaridad (Pronasol) se deja de lado en la agenda pública y gubernamental el tema del envejecimiento. En efecto, en esa época se detectaron factores de obstaculización y regresión en la materia.

#### HACIA UNA CULTURA DE LA AUTORREALIZACIÓN Y AUTONOMÍA DEL ADULTO MAYOR. LOS RETOS

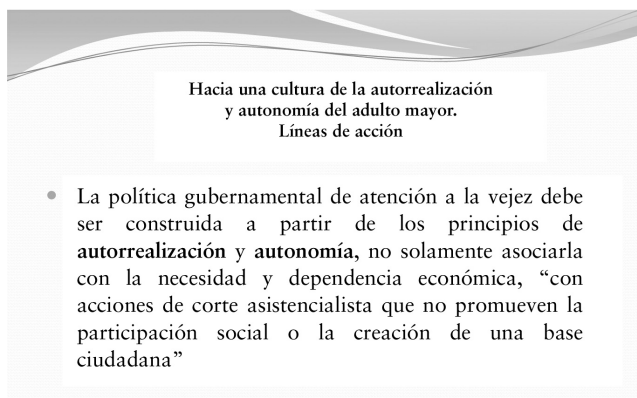
Es importante destacarlo y está dicho por los tratadistas, la atención a las personas adultas mayores, “se ha construido históricamente a partir del principio de pobreza e integración social [...] asociada con la necesidad y dependencia económica [...] acciones de corte asistencialista que no promueven la participación social o la creación de una base ciudadana” (Vivaldo y Martínez, 2012:39).

Está visto que las acciones se han centrado en esquemas asistencialistas y paternalistas en detrimento de la participación de los adultos mayores, como lo observamos en el “intento” de ofrecer un mejoramiento sustancial en la calidad de vida con independencia, dignidad y participación en diversas actividades, o en la frustrada creación de una Procuraduría de la Defensa del Anciano para ofrecer servicios de asesoría jurídica.

Es de justicia indicar que son patentes las acciones realizadas por el Estado en materia de asistencia y seguridad social, ahora, es indispensable apoyar los esquemas y nuevos paradigmas traducidos en los principios de autorrealización y autonomía, mismos que planteaba ya el *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012*, pero que deben cristalizarse, a partir de ejecutar los ejes que rigen la política pública nacional de la cultura del envejecimiento con igualdad y sin discriminación por razón de edad.

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social diagnosticó que México está realizando un trabajo intersecretarial importante, pero en la práctica, cada institución funciona por su cuenta con programas que se

FIGURA 1



duplican y que fomentan la dependencia de los viejos y el protagonismo de las instituciones.

La intención es que las políticas expresen que los viejos son *alguien* y no *algo* y como ciudadanos participen en la construcción de las soluciones de sus problemáticas y necesidades (Vivaldo y Martínez, 2012:40).

Se debe procurar una reforma a la ley que contenga no sólo modelos centrados en el asistencialismo y la dependencia, y además, propiciar la creación de una defensoría, con la visión y cambio de paradigmas en términos de que los adultos mayores son un importante capital social y humano, con la perspectiva de contribuir a consolidar la autonomía, la autorrealización y los derechos humanos de las personas adultas mayores, que permita la construcción de un país más justo y equitativo. En efecto, debemos garantizar los derechos humanos de las personas adultas mayores y a ampliar la protección efectiva de los mismos.

Más allá de que si “las políticas se han construido a partir de visiones de gobierno y no de Estado, lo que causa que el carácter de las políticas no sea el de políticas públicas sino en realidad de políticas gubernamentales”, lo que debemos plantearnos, son programas, instituciones y normas que den atención a la vejez.

La alternativa es procurar una visión objetiva de los adultos mayores para considerarlos un importante capital social y humano; una atención gerontológica frente a modelos centrados en el asistencialismo y la dependencia. El envejecimiento activo incide en la construcción de la ciudadanía: solución al problema de los viejos como simples “consumidores de política”, transformándolos en “hacedores de política” y avanzar hacia la verdadera política de atención al envejecimiento.

Nos sumamos a la propuesta de la tratadista Elizabeth Caro López al referir que la política pública adecuada para acompañar el proceso de envejecimiento debe considerar, entre otros esquemas, los siguientes:

1. Involucrar a más instituciones públicas y no sólo a las del sector salud.
2. Generar una perspectiva integral en torno al curso de vida de los individuos y las sociedades.
3. Revisar el marco jurídico desde una perspectiva incluyente.
4. Lograr políticas públicas sostenibles.

Desde luego, lo que se ha ganado no debe descuidarse, es importante dar seguridad y asistencia en la vejez, como lo refieren Roberto Ham y Berenice Ramírez,

[...] lo que importa es la *dependencia* en la que esta parte de la población puede caer. En correlación con el avance de la edad se presentan condiciones adversas de salud de tipo crónico, degenerativo y discapacitante, e inadaptabilidad ante cambios sociales y tecnológicos que paulatinamente y a veces de súbito, conducen a las personas envejecidas a la dependencia (Ham y Ramírez, 2012:65).

## BIBLIOGRAFÍA

- Arber, S. y J. Ginn (1996), *Relación entre género y envejecimiento, enfoque sociológico*, Madrid, Narcea Ediciones.
- Gascón Navarro, Delia Lucía (2009), *Introducción a la Antropología Social. biologicismo, corporalidad y vejez*, Estado de México, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.

- Gascón Navarro, Delia Lucia (2012), *Género y vejez: de la naturalización a la diversidad*, Alemania, Académica Española.
- Ham, Roberto y Berenice Ramírez (2012), “Seguridad económica en la vejez”, en Luis Miguel Gutiérrez Robledo y David Kershenobich Stalnikowitz (coords.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 95-102.
- Huenchuán N. S. y J. M. Guzmán (2006), “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas”, Reunión de expertos sobre población y pobreza en América Latina y el Caribe, 14 y 15 de noviembre, CEPAL/Celade/UNFPA.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*, Ginebra, OMS [<http://bit.ly/12FmoP4>], fecha de consulta: 17 de noviembre de 2012.
- Peña Nieto, E. (2008), “Exposición de motivos”, en *Iniciativa de Decreto por el que se crea la Ley del Adulto Mayor del Estado de México*, México, Gobierno del Estado de México [<http://bit.ly/11IKMUV>], fecha de consulta: noviembre de 2012.
- Trujillo, Zoila, Margarita Becerra y M. S. Rivas (2007), *Latinoamérica envejece. Visión Gerontológica/Geriátrica*, México, McGraw-Hill.
- Vivaldo, Marissa y María Martínez (2012), “La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas”, en Luis Miguel Gutiérrez Robledo y David Kershenobich Stalnikowitz (coords.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 27-41.
- Zúñiga Santamaría, Tirso (2012), *Bioética y calidad de vida en ancianos con demencia*, México, Médica Panamericana.

# Pensiones de vejez y retiro en México

Berenice P. Ramírez López

REFLEXIONES EN TORNO A LA CONSTRUCCIÓN DE UN DERECHO  
DESDE LA PERSPECTIVA ECONÓMICA Y SOCIAL

*Breve diferenciación entre derechos humanos  
y derechos sociales, económicos y culturales*

**A**l entender el envejecimiento desde una perspectiva cronológica vinculada a las autonomías, la vejez se asume como la etapa de las discapacidades y del incremento de las dependencias. El análisis del envejecimiento se realiza como proceso del ciclo de vida y manifestación de la transición demográfica. En México, destaca el rápido proceso de envejecimiento de la población en un contexto de lento crecimiento económico (estancamiento estabilizador) y de ampliación de las desigualdades. La tasa de crecimiento poblacional total se sitúa en 1.2% (Conapo, 2013) mientras que el crecimiento de la población mayor de 65 años en 3.9 por ciento.

¿Cómo enfocar para este proceso, las tensiones que se expresan entre los derechos personales (libertad, autonomía) con los derechos sociales que como tales deben ser tomados a cargo de la colectividad?

Los derechos individuales de una población vieja y por lo tanto dependiente, se debilitan y pasan a ser parte de las responsabilidades y obligaciones familiares, desdibujándose los puentes con el derecho social.

Los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) establecen cuestiones tan básicas para la dignidad humana como la alimentación, la salud, la vivienda, el trabajo, la educación y el agua; se derivan directamente de tratados internacionales de derechos humanos, como el *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales* de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1966) y las normas establecidas por organismos especializados como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco).

En diciembre de 2008 la asamblea de la ONU adoptó el protocolo facultativo *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales* que prevé que el comité de derechos económicos, sociales y culturales podrá recibir quejas o comunicaciones

México ha incluido este pacto como enmienda en el artículo 17 de la constitución. La debilidad de esta enmienda es que México no prevé o permite acciones colectivas en materia a los derechos económicos (Corcuera y Cantón, 2004).

*Pese a estas circunstancias, considero que el problema principal en el cumplimiento de los derechos es cómo garantizar su realización efectiva.*

#### LA RELACIÓN DERECHO CONSTITUCIONAL, PENSIONES, FINANCIAMIENTO

La seguridad social mexicana se definió desde una perspectiva identificada con la concepción de Beveridge pero terminó siendo instrumentada desde una de corte bismarkiano,<sup>1</sup> señalo esto porque en la fracción XXIX del artículo 123, refiere que:

[...] es de utilidad pública la ley del seguro social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares (*Diario Oficial de la Federación*, 6 de octubre de 1986).

<sup>1</sup> Beveridge (1942) incorpora la asistencia social y los seguros voluntarios complementarios a los seguros sociales contributivos ante riesgos de enfermedad, accidentes de trabajo y vejez, instrumentados por Bismark (1883-1889).

A pesar de la amplia mención del tipo de trabajador que se hace, lo que ha prevalecido es que los trabajadores sujetos al seguro social han sido principalmente los urbanos, del sector privado, formales, organizados y protegidos contractualmente por su inscripción al Instituto Mexicano de Seguro Social.

Tres institutos de seguro social de carácter nacional son los que se reconocen; el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). De acuerdo con contratos colectivos de trabajo, se otorgan servicios similares a trabajadores de Petróleos Mexicanos, Comisión Federal de Electricidad (CFE) y Banca (Banco de México, Nacional Financiera y Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos). En el estricto y único ámbito de atención a la salud y programas preventivos, se encuentra la Secretaría de Salud (Ssa) y las instituciones estatales y municipales que para ese fin se han constituido. Su financiamiento es principalmente público aunque cobra cuotas de recuperación a los usuarios.

La seguridad social en México cubre a menos del 60% de la población mexicana, alrededor del 38% de la población económicamente activa y 35% de la población ocupada. Se caracteriza por incluir a los seguros sociales contributivos, a los seguros sociales de financiamiento exclusivamente público, los programas de asistencia social, los regímenes de prestaciones mutuales, los fondos de previsión y otros regímenes especiales que asumen una función particular, referida a grupos determinados.

#### EL DIAGNÓSTICO DE COBERTURA Y SUFICIENCIA DE PENSIONES Y LAS IMPLICACIONES PARA LA SEGURIDAD ECONÓMICA EN LA VEJEZ

##### *Pensiones y población adulta mayor*

- a) La que trabajó, cotizó y tuvo derecho a una pensión. El 24% de los mayores de 60 años cuenta con una pensión de retiro o vejez, además de la baja cobertura se expresa la inequidad de género, ya que reciben pensión el 32.7% de los hombres y el 17% de las mujeres (Ramírez *et al.*, 2012).



CUADRO 1

Distribución de la población mayor de 65 años, por grupos de edad y tamaño de la localidad, según condición de actividad y sexo (México, 2010)

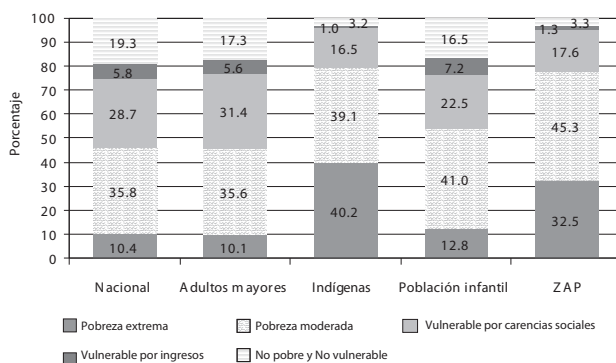
Grupos de edad	Trabaja		No trabaja		Hogar	
	H	M	H	M	H	M
México						
65-69	55.2	16.8	42.8	14.8	2	68.4
70-74	43.1	11.9	54.4	19.2	2.5	68.9
75-79	33.2	7.8	63.7	24.6	3.1	67.6
80 +	18.5	3.9	77.7	42.1	3.8	54
Rural						
65-69	64.3	14	33.4	8.4	2.3	77.6
70-74	50.9	10	46.3	13.6	2.8	76.4
75-79	41.4	7.5	54.8	19.8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

FUENTE: elaboración propia con datos de la muestra de 10% del *Censo General de Población y Vivienda, 2010*, del INEGI; Ramírez y Ham (2012).

\*Incluye: Buscó trabajo, Ya no trabaja, Estudiantes, Pensionados, e Incapacitados que no trabajan.

b) El monto de los ingresos sigue la misma composición en cuanto a distribución del ingreso, la pobreza indígena es más aguda, así como en la población vulnerable.

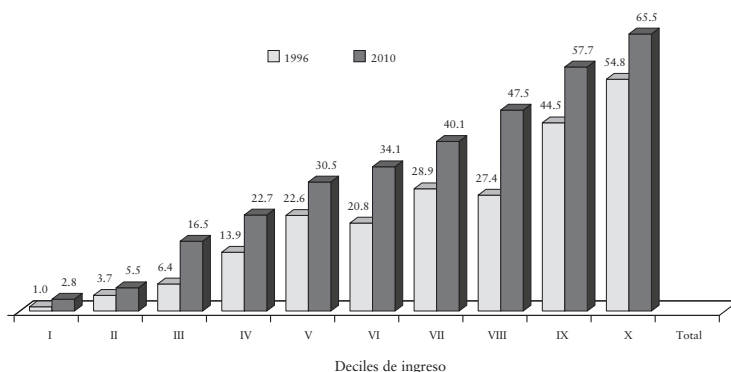
GRÁFICA 1  
Distribución de la población según situación de pobreza en el país para grupos selectos (México, 2010)



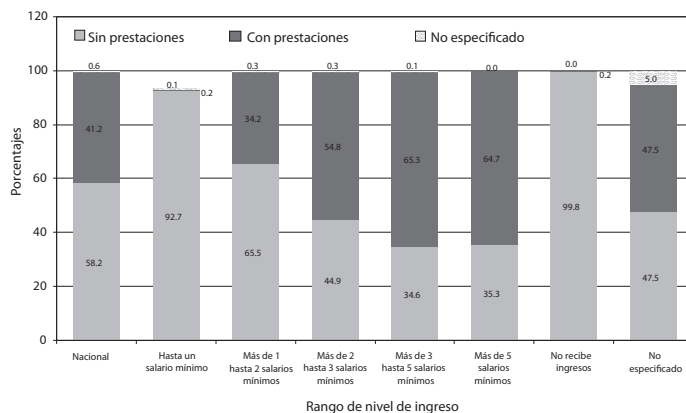
FUENTE: estimaciones de Coneval con base en “Módulo de condiciones económicas” de la *Encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares 2010*.

c) La desigualdad se aprecia en la distribución de las pensiones. A medida que los ingresos suben, la protección social y laboral también.

GRÁFICA 2  
Porcentaje de población de 65 años o más con pensión y/o jubilación por decil de ingreso



GRÁFICA 3  
Distribución porcentual de población ocupada con y sin prestaciones laborales según nivel de ingreso en México, 2010-III



FUENTE: elaboración propia con datos de la *Encuesta nacional de ocupación y empleo*, Ramírez (2012).

- d) A medida que el trabajo sin protección continúe aumentando, las posibilidades de contar con una jubilación y o pensión de retiro, serán parte de la historia social del país. Actualmente es mayor el número de empleo informal en el que se encuentran 29 millones de personas, frente al empleo formal constituido por 19.5 millones.
- e) Las reformas al IMSS e ISSSTE modificaron estructuralmente las características y montos de los beneficios e introdujeron a las pensiones y a la salud a la dinámica del mercado y al interés de la rentabilidad.
- f) Pocos serán los trabajadores que alcancen una pensión y ésta será muy baja tomando en cuenta que la tasa de reemplazo se sitúa en 30% del salario base de cotización y que la densidad de cotización registra 38% (Consar, 2012).
- g) Ante la falta de medidas a favor de la seguridad social se inician la era de la protección social mediante pensiones no contributivas de carácter asistencial, de énfasis compensatorio pero no de alivio a pobreza e inequidad.

De acuerdo con estudios actuariales, en la exposición de motivos del proyecto de presupuesto de egresos 2011, para el periodo 2012-2016 se proyecta que las obligaciones pensionarias crecerán en tasas reales anuales de 6.7% en Pemex, 7.5% en la CFE. En el IMSS el Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP) aumentará en una tasa real de 10.1% y las pensiones en curso de pago 8%. En el ISSSTE se aplica un crecimiento real de 15% lo que implica que el gasto en pensiones aumente del 2.3 al 2.9% del PIB. (SHCP, 2011:163-164).

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

1. Los sistemas de privilegio tienen un gran costo con tendencia ascendente que los hacen insostenibles.
2. Las cuentas individuales no ofrecen una protección económica adecuada en la vejez.
3. El nivel de ahorro es insuficiente en gran parte debido a los altos costos de la administración privada.
4. Una tarea pendiente y absolutamente indispensable es convertir los recursos de la capitalización individual en ahorro productivo.

#### ACLARANDO PERSPECTIVAS: SEGURIDAD SOCIAL, PROTECCIÓN SOCIAL, PROTECCIÓN SOCIAL INCLUSIVA O QUÉ

Con las características hasta aquí descritas, ¿es posible promover la universalización de la seguridad social como derecho constitucional? Por supuesto que sí, hay bases constitucionales y de leyes federales que no se están respetando y que coadyuvarían a un fortalecimiento de la seguridad social. En la perspectiva contributiva con el sólo hecho de hacer cumplir la *Ley Federal del Trabajo* y el convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que ha suscrito México, se podría incluir a los trabajadores que por razones laborales (honorarios, *outsourcing*, por cuenta propia, etcétera) no tienen registro en las instituciones de seguro social.

Si la política social se articula en un conjunto de decisiones y actuaciones público-administrativas generadas en la esfera estatal, habría que retomar nuevamente la fracción XXIX del artículo 123 e incluir a los campesinos y no asalariados, entonces sí estaríamos en el camino de la universalización. Para ello se requiere de una evaluación de la serie de impactos que han tenido las políticas asistenciales y focales, mismas que hasta el momento han mostrado su baja contribución en la reducción de la pobreza extrema, pero no en la desigualdad, ya que es necesario conjugar dos frentes; la exigencia de respetar las leyes otorgando protección laboral y social con lo que se fortalecería a la seguridad social contributiva, así como diseñar seguridad social no contributiva con base en derechos sociales; y como señalan Víctor Abramovich y Christian Curtis (2002), los derechos sociales se definen cuando el Estado asume la regulación política de la economía, y toma a su cargo la decisión acerca de qué áreas de la interacción humana quedarán libradas al funcionamiento del mercado, y qué áreas quedarán parcial o totalmente desmercantilizadas. Y es aquí donde está el mayor desafío ya que las reformas llevadas a cabo en 1995 en la *Ley del seguro social* y en 2007 en la *Ley del ISSSTE* y que se identifican mejor mediante la capitalización individual de administración privada de los fondos de pensiones y con el diseño de programas de protección social de intervenciones públicas y privadas, la asignación de recursos y satisfacción de necesidades que identifican a la seguridad social, se empieza a otorgar mediante una fuerte intervención del mercado. La política social y la seguridad social se encuentran en la disyuntiva de favorecer los acuerdos de mercado que la acumulación impone, como es continuar impulsando al sector financiero con los ahorros previsionales y los de vivienda; abrir espacios de inversión privada en la educación y en la atención a la salud, pero al mismo tiempo y cuidando mantener el orden social, impulsa la universalización de la atención a la salud con financiamiento principalmente público, aunque en la realidad ello pueda derivar en la generalización de servicios asistenciales muy básicos y de mala calidad, que se alejan del concepto integral de seguridad social del artículo 123.

## LÍNEAS DE ACCIÓN

Se sugiere continuar el análisis integral de las implicaciones del envejecimiento no sólo para su comprensión académica y ampliación del conocimiento sino para influir en el diseño de política pública.

Un ejemplo de la complejidad y tensiones entre derechos humanos y sociales y de su expresión contradictoria en las leyes, se encuentra en la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores* en el Distrito Federal, promulgada el 7 de marzo de 2000.

En primer lugar, reconoce derechos específicos a las personas mayores a partir de los 60 años, la justificación es cronológica, hay ausencia de análisis del ciclo de vida y de los cambios en la esperanza de vida. En segundo lugar, el artículo 6 señala:

La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social, por tanto de manera constante y permanente deberá hacerse cargo de cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, conociendo sus necesidades, proporcionándoles los elementos necesarios para su atención integral.

En esta formulación queda desdibujada la obligación estatal, las responsabilidades colectivas, la solidaridad y queda la familia como la única responsable y a la ausencia de ésta, el individuo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, Víctor y Christian Curtis (2002), *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Madrid- TrottaCop.
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) (2012), *Encuesta nacional de trayectorias laborales*, México, Consar/Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2012), *Informe de la evaluación de la política de desarrollo social*, México, Coneval.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (2013), *Proyecciones de la población de México 2010-2050*, México, Conapo.

- Corcuera, Santiago y Octavio Cantón (comps.) (2004), *Derechos económicos, sociales y culturales*, México, Porrúa.
- Ramírez, Berenice *et al.* (2012), “Las pensiones en México: prospectivas y propuestas”, en José Luis Calva (coord.), *Derechos Sociales y desarrollo incluyente*, vol. 12, Análisis estratégico para el desarrollo, México Juan Pablos Editor.
- Ramírez, Berenice y Roberto Ham (2012), *Seguridad económica en la vejez. El reto del envejecimiento en México*, México, UNAM/Academia Mexicana de Medicina/Instituto Nacional de Geriátrica.

Faltan referencias

Beveridge (1942)  
SHCP, 2011:163-164

# Apuntes sobre el estado actual de las condiciones para el retiro en México frente al desafío de la longevidad

Gustavo Leal Fernández

El problema de la edad democrática es que los valores y las virtudes, al expandirse, se degradan.

JOHN LUKACS

## I

**P**asar a retiro en el México del siglo XXI no representa más un júbilo, ni tampoco una oportunidad para seguir enriqueciendo la calidad humana de la fase final del ciclo de vida. Hoy por hoy, jubilarse, significa más bien, enfrentar –con muy magras pensiones– un horizonte de atención médica, rehabilitación y envejecimiento incierto.

El incremento en la población en edad de retiro acontece en un marco de creciente precarización de las condiciones para ese retiro y ante una virtual inexistencia de servicios geriátricos. Esta realidad responde a la poco prometedora culminación de un ciclo de reformas sectoriales que nacieron comprometidas: las “estructurales” de Guillermo Soberón para descentralizar los servicios de salud a la población abierta (1982-1988), luego continuadas por Juan Ramón de la Fuente y José Narro Robles (1994-1999); la de Zedillo al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (1995-1997), las que con Vicente Fox y Julio Frenk reformaron la *Ley general de salud* para operar el Seguro Popular (2004) y la de Calderón al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (2007).



Ellas no son el objeto de este Foro, aunque todos los materiales alusivos están disponibles.<sup>1</sup>

Este trabajo se limita apenas a destacar cuatro grupos de grandes evidencias sobre las precarias condiciones de retiro que enmarcan al IMSS e ISSSTE y la Secretaría de Salud (Ssa), así como los efectos de una inquietante *jurisprudencia* dictada por la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) en el año 2010. Culminando con la poco optimista propuesta de reforma para instaurar un “sistema de seguridad social universal” –acompañado ahora con una lesiva nueva *Ley federal del trabajo*– ofertado por Enrique Peña Nieto durante su campaña presidencial y ratificado por su equipo de transición.

Estos cuatro grupos describen un panorama para el retiro poco alentador, sin que se aprecien aún los anticipos de una política sectorial integrada para enfrentar el desafío de la longevidad.

## II

Sobre nuestro desafío pensionario pesa, además, el que en la gran mayoría de los diagnósticos de los tomadores de decisiones y los de los analistas –con contadísimas excepciones– prive exclusivamente una sesgada visión financiera del asunto público.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sobre el IMSS: Leal (2009a y 2008a). Acerca del ISSSTE: Leal (2008b, 2009c, 2010 y 2011). Sobre la Ssa: Leal (2009b).

<sup>2</sup> Caso prototípico de esta manera de ver las cosas es el del actual director de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales del ISSSTE, Pedro Vázquez Colmenares, para quien “los sistemas de pensiones en México son financieramente inviables y socialmente inequitativos”, tal y como lo expone en su libro *Pensiones en México, la próxima crisis*, texto en el que busca cuantificar la dimensión del problema de las pensiones en el país. “Se trata [dice] de un problema que está creciendo y al que no se ha puesto la debida atención. En México existen al menos 105 sistemas de pensiones para los trabajadores del Poder Ejecutivo Federal, el Poder Judicial y organismos autónomos como el Banco de México y las universidades estatales. Sólo cinco de ellos tienen fondos suficientes para hacer frente a la obligación de pagar una pensión para sus trabajadores que pasen a retiro: los del Banco de México, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Consejo de la Judicatura Federal, los de trabajadores del gobierno de Aguascalientes, y el del Instituto Tecnológico de Sonora. La información que tenemos de los más de 100 sistemas pensionarios, que no incluyen los de trabajadores estatales y municipales, es parcial o inexacta. Escribí el libro de manera independiente a mi trabajo como servidor público y a partir de mis experiencias en las reformas a los regímenes de pensión de los sectores público federal y privado”, *La Jornada*, 24 de mayo de 2012.

Por ejemplo, a decir de Federico Rubli Kaiser, coordinador de Planeación Estratégica de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) y exfuncionario del Banco de México (Banxico), los sistemas federales de pensiones cuestan 247 500 millones de pesos (mdp) anuales, compuestos así:

- IMSS: 105 200 mdp para 2.7 millones de trabajadores que cotizan al instituto, de los cuales 92% se jubiló con la Ley de 1973.
- ISSSTE: 92 300 millones de pesos.
- Petróleos Mexicanos (Pemex), Comisión Federal de Electricidad (CFE), Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos (Banobras), y Nacional Financiera (Nafin): 40 200 mdp para cubrir las pensiones de 25 entidades de la Administración Pública Federal y que abarca a 330 971 jubilados.
- Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSEFAM): 9 800 mdp para cubrir a 91 749 jubilados.
- Luz y Fuerza del Centro (LFC), Banco Nacional de Crédito Rural (Banrural), y Ferrocarriles Nacionales de México (Ferroviales): 4 mil mdp para cubrir jubilaciones de empresas públicas en liquidación.

Para Rubli, esta carga para las finanzas públicas deriva de que “no se han aplicado reformas para fondear los sistemas. Aún falta por recorrer para consolidar un Sistema Nacional de Pensiones que esté conformado bajo el esquema de contribución definida. Esto permitiría fondear los sistemas de pensiones en estados, municipios y universidades públicas”.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> En la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2011 consta que la administración Calderón manejó, vía la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 83 240.5 millones de pesos (mdp) en el Capítulo de Pensiones a través de los siguientes cinco fideicomisos: 1) Fondo de Apoyo para la Reestructura de Pensiones: 27 022.5 mdp; 2) Fideicomiso de Pensiones del Sistema del Banco Nacional de Crédito Rural: 20 289.3 mdp; 3) Fideicomiso Plan de Pensiones de los Jubilados del Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos: 11 817.2 mdp; 4) Fondo de Pensiones y Primas de Antigüedad de Nacional Financiera: 10 168.7 mdp; 5) Fondo Laboral de Petróleos Mexicanos: 3 580.4 mdp (Secretaría de Energía). Además, en el Capítulo de Prestaciones Laborales, se enlistan: 12 265.1 mdp para el Fondo de Retiro de los Trabajadores de la Secretaría de Educación Pública, *La Jornada*, 14 de octubre de 2012 y *Reforma*, 11 de septiembre de 2012.

## III

Daniel Karam, director general del IMSS calculó –apenas en mayo pasado (*El Universal*, 31 de mayo de 2012)– que 71% de los trabajadores que se jubilarán en el año 2021 recibirán 2 179 pesos de hoy de pensión. Desde su punto de vista “esto significa que un trabajador promedio en el año 2021 tendrá una pensión mínima garantizada equivalente al 25% de su último salario”.

Y es que en ese año 2021 se empezarán a jubilar las primeras generaciones derivadas de la reforma Zedillo a la Ley del IMSS de 1997, que habrán cumplido las 1 250 semanas de cotización que establece la legislación. Se aguarda que entre el 1 de julio y 31 de diciembre de ese año, se entregará alrededor de 1 440 pensiones por retiro, cesantía y vejez. Dichas pensiones representan alrededor de 2.5% de los 59 100 trabajadores que empezaron a cotizar en 1997 dentro del Apartado A del artículo 123 constitucional.

## IV

Acosado por esta evidencia –una más– el presidente de la Consar, Pedro Ordorica, finalmente estalló. Para él resulta “inexacto” decir que las tasas de reemplazo en el futuro sean del orden de 30%, tal y como lo han estimado académicos y especialistas del sector.

Es una inexactitud y la quiero combatir fuerte y frontalmente; eso está basado en un sistema de contribución definida, los que hacen esos estudios presumen cierta tasa, cierta necesidad de cotización y luego presumen cierto nivel de rentas vitalicias, son tantas las presunciones que yo no sé si eso tendría científicamente valor. Estos datos pueden llegar a ser ciertos o falsos, porque no están basados en números, sino que son presunciones y nadie tiene una bola de cristal para decirme cuál será el rendimiento de los fondos en los próximos 30 y 40 años (*El Financiero*, 1 de junio de 2012).

## V

De acuerdo con Marco Antonio García Ayala, secretario general del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSSA), existían –en noviembre de 2011– 70 mil trabajadores precarios “regularizados”,

contratados durante los siete años de operación del Seguro Popular: médicos, enfermeras y profesiones afines (*El Universal*, 29 de noviembre de 2011). Ellos carecen de derechos a la seguridad social y que no habían sido tampoco incorporados plenamente a los beneficios de la nueva Ley del ISSSTE de Calderón. Los términos de su contratación no garantizan aún tiempos de cotización para computar suficientemente a las prestaciones pensionarias, de salud y vivienda.

## VI

Las pensiones del ISSSTE –todas ellas dentro del Apartado B del artículo 123 constitucional o trabajadores al servicio del Estado– están limitadas a 10 salarios mínimos del Distrito Federal, aproximadamente 18 mil pesos mensuales, para aquellos trabajadores amparados en el Artículo Décimo Transitorio de la nueva Ley del ISSSTE, reformada por Calderón en 2007.

No sucede lo mismo con los trabajadores que optaron por colocar sus recursos pensionarios en el Fondo Nacional de Pensiones de los Trabajadores al Servicio del Estado (Pensionissste) así como todos los de nuevo ingreso –que son afiliados a él forzosamente– y cuyo nivel pensionario se registró por la rentabilidad y desempeño de su respectiva cuenta individual administrada por el Fondo.

## VII

Según Alejandro Turner, vocal ejecutivo de Pensionissste, el sistema de Administradoras de Fondos de Retiro (Afores), acusa una “falla” de mercado que “merma” en forma significativa los recursos que recibe un trabajador al momento del retiro.

Para Turner, la “falla es la falta de información” del trabajador sobre el rendimiento que genera su ahorro y la comisión que debe pagar al administrador. Y pone un caso: tomemos dos personas que empiezan su vida laboral el mismo día, cotizan a la seguridad social durante el mismo tiempo y con el mismo salario y también se jubilan el mismo día. Quien eligió la Afore que cobra la mayor comisión y paga el menor rendimiento tendrá una pensión de 5 mil pesos. El que optó por la que tiene la menor comisión y paga el mayor rendimiento obtendrá 20 mil pesos.

Turner insiste en que no hay “información suficiente al público sobre este tema y es una falla del sistema”.

¿Quiere decir que si estuviera “informado” podría saltar por encima de la “falla”? ¡De ninguna manera! Esa “merma” en absoluto resuelve los problemas de diseño de la “reforma” Zedillo al IMSS que se traducen en pensiones por las Afores de apenas el 30% del último salario devengado.

Desde 2005 se documentó que un trabajador con vida laboral de 40 años y cotizando al IMSS cerca de 22 años, apenas aspiraría a una pensión equivalente al 25% de su último salario al momento del retiro. ¿Por qué? Sencillo: la tasa de densidad de su cotización sólo sumaría 56%. Entre otras fallas, la Ley Zedillo soslayó la precariedad laboral, los bajos sueldos, el empleo informal y los períodos de desempleo que impiden a los trabajadores cumplimentar los aportes indispensables para alcanzar una pensión digna. El diseño de esa “reforma” no vinculó adecuadamente el sistema de ahorro con la realidad del empleo que incluye trabajadores que al ganar poco, pueden aportar poco y, por tanto, no alcanzarán esa “dignidad” en su pensión.

Por ello, el modelo Afore, al no incorporar el impacto negativo de la densidad de la cotización, ni su efecto en la carrera salarial, proyecta a sus afiliados saldos inexactos que en el mediano y largo plazo, están fuera de lo real y posible.

El problema es esa modalidad mexicana de la “capitalización individual” que, a diferencia de otras –como la sueca– representa un riesgo patente que no proveerá pensiones dignas.

Otros ejemplos. Por la baja aportación y la comisión promedio, una persona con 30 años de cotización que gana 44 850 pesos mensuales y aumento salarial de 3.72% anual, alcanzaría solamente 13 mil 886 pesos de pensión: 15.46% de su último salario. Un trabajador con 1 794 pesos de remuneración –y mismas condiciones que el anterior– apenas montaría una pensión de 934 pesos: 26.05% del último salario.

Así que el asunto no se resuelve con más o menos información. Es un problema estructural de la Ley Zedillo que urge reformar. La “falla” de “mercado” de Turner –que conoce por haberse desempeñado como actuario autorizado para dictaminar planes de pensiones ante la Consar– sólo atiende el impacto de las comisiones sobre el nivel de la pensión, no el fracaso estructural de la Ley Zedillo.

Pero Turner no menciona que en Bolivia, Colombia, El Salvador, Bulgaria, Estonia, Hungría, Kazakhsstan, Polonia y Eslovenia se han tomado

acciones para evitar que las comisiones mermen la pensión. En ellas funcionan regulaciones que obligan a que las comisiones no sean mayores a las que cobran las sociedades de inversión o crear subastas de paquetes de afiliados para entregárselos a la que ofrezca la menor comisión. Otra vía, usada en Suecia, es que los administradores garanticen un rendimiento mínimo y, si no lo alcanzan, no cobran comisión.

Además, Turner declara que toda vez que el nivel de la comisión del Pensionisste “es la más baja del mercado”: 0.99% “no sólo se beneficiarán sus usuarios, sino también los trabajadores que encargaron su ahorro a las Afores privadas”. Pero ¿cómo así cuando lo único que cambia es el impacto de la comisión pero, en lo absoluto, la falla estructural incrustada en la modalidad mexicana de capitalización individual?

## VIII

La pobre afiliación de los jóvenes al sistema de Administradoras de Fondos para el Retiro (Afores) –como consecuencia de su baja incorporación al mercado laboral formal– condujo a que la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar) traspasara –en octubre de 2012– los recursos de la Sociedad de Inversión Especializada en Fondos de Retiro (Siefore) Básica 5 –correspondiente a trabajadores de hasta 26 años de edad y menores–, a la Siefore Básica 4 para trabajadores de entre 27 y 36 años (*Reforma*, 13 de octubre de 2012).

La medida responde a la menor liquidez que presenta la Siefore Básica 5 resultante de que “cada vez son menores los jóvenes que ingresan a la economía formal y por tanto, las Afores, registran menos recursos”.

Todo lo anterior, derivado de las reformas Zedillo al IMSS y Calderón al ISSSTE, documenta la grandes dificultades que enfrentarán los trabajadores de ambos Apartados: A y B y muy especialmente los jóvenes de nuevo ingreso, para garantizar una pensión digna por la vía de este sistema Afore o Pensionisste de administración privada de sus recursos pensionarios, sometidos a altos cobros administrativos y permanente incertidumbre bursátil.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> La Secretaría de Hacienda y Crédito Público informó que al 31 de agosto de 2012, el saldo total de los recursos administrados por las 13 Afores (incluido Pensionisste) que integran el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), fue de un billón 809 mil millones de

## IX

La única reforma de la seguridad social que amplía y no reduce el futuro pensionario es la del ISSFAM. Ésta sólo confirma la pertinencia de explorar otros caminos que no repitan el comprometido modelo mexicano de capitalización individual.

Al finalizar el año 2004 cuatro generales remitieron una carta a Vicente Fox en la que destacaban que, mientras prestaban sus servicios percibían salarios cercanos a los 133 mil pesos y que, ya jubilados, devengaban pensiones de solo 17 mil pesos mensuales: “la diferencia entre los salarios en el activo”, señalaban, “y los retirados es enorme y profundamente injusta”.

En la misiva (también dirigida a los secretarios de Defensa, Marina y Hacienda y signada por militares retirados con grados de brigadier, teniente coronel y mayor de Infantería), documentaban a Fox que cientos de militares sobreviven con una pensión de mil 600 pesos mensuales. “Hoy día”, afirmaban, “588 soldados y marineros reciben pensiones de menos de dos mil pesos”.

Las sumas mensuales de retiro –conforme el grado– que recibían los 37 500 pensionados del Ejército y Fuerzas Armadas, resultaban ciertamente decepcionantes: un soldado alcanzaba como tope 1 922 pesos; un sargento segundo, 3 100; y un sargento primero, 3 279. Dígase lo mismo de un capitán primero, 5 572 como máximo. La situación de los mayores no era mejor: 8 852, mientras que la de los coroneles sólo es de 10 968 pesos mensuales. Pero, sin duda, donde los extremos se acusaban era en el caso de los generales de División: su pensión mensual mínima era de 8 080 contra una máxima de 17 mil pesos.

De los 37 500 retirados del Ejército y Fuerza Aérea, hasta 25% se pensionó siendo sargento primero. Ello significa que poco más de 10 mil mandos con ese grado, cobraban pensiones de entre 1 700 y 3 200 pesos mensuales, dependiendo de los años de servicio y las condecoraciones de perseverancia.

En la Armada de México, 20% de sus más de 8 mil retirados, se pensionó como primer maestre. De ahí que la pensión mensual de ese grado –1 675 efectivos– oscilaba entre los 1 850 y los 3 850 pesos.

---

pesos, el más alto en la historia del SAR en términos reales y nominales. Esta cifra es equivalente a 12.1% de del producto interno bruto, y es 12.9% mayor en términos reales al saldo de agosto 2011. Representa 22% del ahorro bancario del país.

Además de los derechos que establece la Ley del ISSFAM –reformada en 2003–, las Fuerzas Armadas disponían de un seguro colectivo de retiro que se otorgaba en una sola exhibición, coincidiendo con el momento de la pensión.

Los militares en retiro solicitaban que Fox integrara una comisión tripartita en la que participara personal activo de las Fuerzas Armadas, personal retirado y funcionarios de Hacienda a fin de que “estudie, revise y resuelva sobre las pensiones de los integrantes de las Fuerzas Armadas”.

También advertían que estaban dispuestos a manifestarse en todo el país en busca de la más elemental justicia: “¿cómo es posible que un general de División retirado perciba una pensión de capitán primero en activo? Los militares retirados tenemos el derecho a vivir los últimos años de nuestras vidas con dignidad”, afirmaba la carta.

## X

Las reformas 2008 y 2011 a la *Ley del instituto de seguridad social para las Fuerzas Armadas Mexicanas* anuncian aquello que podría detonar otra política –no tecnocrática– para la salud y la seguridad social de los mexicanos del siglo XXI.

En la reforma de octubre 2008 se contempla incrementar el monto de las aportaciones anuales del gobierno federal (de 11 a 15%) sobre los haberes, haberes de retiro y pensiones de los integrantes de las Fuerzas Armadas y sus familiares. Para ello se argumentó que se trataba de “atender la elevación del nivel de vida del personal retirado, dado que actualmente subsisten en su mayoría con un haber de retiro o pensión exiguos que sólo cubren sus necesidades básicas sin alcanzar los niveles de vida digna”.

Además, se enderezó un incremento de 70 a 80% para integrar las pensiones y, como un reconocimiento a la permanencia en el servicio de los militares con 30 o más años de servicio, se establece un factor para calcular el monto del haber de retiro considerando que al causar baja del activo es complicado que el militar se reincorpore a la vida productiva.

También se contempló un incremento de 0.5 a 3% del haber y sobrehaber mínimo vigente del personal de las Fuerzas Armadas para mantener la viabilidad financiera del Seguro Colectivo de Retiro. En la milicia el haber es el sueldo y el sobrehaber son las remuneraciones adicionales al personal, y depende del grado, antigüedad, cargo o zona del país en la



que trabaja. El promedio del sobrehaber llega a ser de hasta 90% del total de las percepciones de un militar.

En la reforma de diciembre de 2011, el Senado aprobó modificaciones a la Ley del ISSFAM que extendieron los derechos que tienen los militares y marinos con 31 años de servicio a los que llevan sólo 20, a fin de que puedan alcanzar la antigüedad necesaria “para obtener una pensión acorde con sus esfuerzos”.

La reforma 2011 otorga pensión vitalicia a las viudas de soldados caídos “en acción de armas” que no será menor a 10 mil pesos mensuales. En prestaciones se otorga crédito hipotecario a las viudas o viudos del militar con derecho a pensión, así como a militares incapacitados, sin importar los años de servicio que a la fecha del deceso o la incapacidad tengan.

También se reduce de 10 a 6 años el requisito para otorgar crédito hipotecario a los militares en activo, cuyos ingresos sean menores a los requeridos para la adquisición de una vivienda. Se establece la posibilidad de que el ISSFAM afilie a los hijos menores del personal militar con la sola presentación de la copia certificada del acta de nacimiento o por mandamiento judicial, sin más trámite.

## XI

Sin embargo, militares retirados reclamaron al gobierno federal y a la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) el “castigo” hacia sus percepciones económicas. Algunos con bastón y otros a paso lento, los alrededor de 40 elementos castrenses exhibieron mantas y gritaron consignas en contra de la reforma recientemente aprobada por la Cámara de Diputados que estipula un incremento del 50 al 59% en su jubilación. La molestia radica en que el dinero no será entregado en una sola exhibición, sino que el ISSFAM lo distribuirá a lo largo de cinco años, por lo cual la última ministración será en 2016.

En 2008 se aprobó un aumento para los mandos, para los generales, a partir de esa fecha no los prometieron a la tropa, tuvimos que esperar cinco años para que nos hicieran justicia y ahora tenemos que esperar otros cinco años para cobrarlo. Aquí hay mucha gente de la tercera edad, quien sabe si lo pueda gozar, por eso exigimos que nos lo den ahorita, no diferido, queremos que se aumenten nuestros salarios, porque según la ley

debe ser proporcional al del personal en activo y ahorita ellos están gozando de varios bonos que no tenemos.

Expresó la capitana Patricia Alvarado quien ingresó a las Fuerzas Armadas en 1976 y causó baja 29 años después.

La reforma indica que el aumento de 50% corresponderá a aquellos elementos castrenses en retiro con 20 años de servicio. Dicho monto aumenta un punto porcentual por cada año adicional que hayan permanecido en la institución, hasta llegar a 59 por ciento.

“El mendrugo que anunciaron lo van a dividir en partes, que sea de inmediato porque al diferirlo lo que quieren es que la gente se muera”, enfatizó el general brigadier Samuel Lara Villa, presidente de la Federación de Militares Retirados, general Francisco J. Mújica (*Reforma*, 20 de febrero de 2012).

## XII

La segunda sala de la SCJN determinó que los soldados en retiro necesitan haber prestado más de 20 años de servicio de manera ininterrumpida para tener derecho a los beneficios sociales previstos en la Ley del ISSFAM. Al negarle el amparo a un soldado al que el ISSFAM no le dio atención, los ministros indicaron que la legislación castrense “no contraviene el derecho humano a la seguridad social” protegido por la Constitución y el *Protocolo adicional de la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos sociales y culturales*, Protocolo de San Salvador.

Los ministros reconocieron la validez de la resolución dictada por la Junta Directiva del ISSFAM que rechazó la solicitud hecha a dicho instituto para que se le otorgaran al particular los beneficios económicos y demás prestaciones que establece la ley para los militares en situación de retiro que hayan prestado más de 20 años en forma ininterrumpida en el servicio activo de las Fuerzas Armadas. El Instituto acreditó que el solicitante no tenía personalidad militar, dado que el 25 de julio de 1988 había causado baja por haber sido condenado a la destitución del empleo.

La Corte explicó que los militares que forman parte del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana son aquellas personas que de manera voluntaria solicitan su incorporación a las instituciones armadas de tierra y aire; y

que durante el tiempo que pertenecen a éstas detentan algunas de las siguientes situaciones jurídicas: en activo, en reserva o en retiro. La situación de retiro es el estado jurídico en que se colocan los militares una vez que dejan de pertenecer al servicio activo, caso en el cual tendrán derecho a recibir los beneficios correspondientes y que pueden consistir en un haber de retiro o una compensación. Mientras que la baja es la separación definitiva de los miembros del Ejército y Fuerza Aérea; es decir, la persona que es dada de baja del servicio de las armas no sólo deja de estar vinculada a la institución, sino que pierde su calidad de militar, lo que significa que deja de estar obligada por el régimen especial que constitucionalmente se ha definido para los militares. Así, los ministros avalaron la constitucionalidad de los artículos 49 y 50, fracción II de la Ley del ISSFAM, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de junio de 1976, por considerar que no contravienen el derecho humano a la seguridad social (*La Jornada*, 9 de agosto de 2012).

### XIII

A decir de la Comisión de Defensa del Senado de la República, durante el sexenio Calderón perdieron la vida en enfrentamientos contra el crimen organizado 131 militares y 100 marinos. Razón por la cual la fracción panista de esta Comisión presentó una iniciativa de ley encaminada a duplicar el monto de la pensión vitalicia a los familiares de los elementos castrenses fallecidos en acciones de armas, a fin de que quede en 360 días de salario mínimo, poco más de 22 mil pesos mensuales. La iniciativa asume que los 180 días que se otorgan actualmente son insuficientes por lo que la reforma a la Ley del ISSFAM busca duplicar el monto (*La Jornada*, 19 de octubre de 2012).

### XIV

Es inconstitucional que los militares en retiro no paguen impuestos y que los civiles pensionados por el IMSS y el ISSSTE sí estén obligados a pagar el impuesto sobre la renta (ISR) aplicable a sus pensiones –de acuerdo con el artículo 109, fracción III de la Ley del ISR, que establece que los ingresos por concepto de pensiones y jubilaciones son gravables– sostuvieron

los ministros Olga Sánchez Cordero y José Ramón Cossío. Sin embargo cuatro ministros avalaron la constitucionalidad.

Sánchez Cordero y Cossío señalaron que “no se justifica el trato diferenciado” entre pensionado militares y civiles, ya que tanto unos como otros “experimentan una modificación patrimonial”. Ante este trato inequitativo, plantearon que se haga extensivo el beneficio previsto en el artículo 32 de la Ley del ISSFAM para que también los jubilados de la iniciativa privada y de la administración pública tengan exención por completo del pago del impuesto sobre la renta.

En tanto, los ministros Fernando Franco, Sergio Valls Hernández, Jorge Pardo y Sergio Aguirre Anguiano se pronunciaron a favor de que prevalezca la desigualdad entre jubilados militares y civiles. “Existe una desigualdad, una justificación objetiva y razonable para dar trato diferencial a los pertenecientes a la milicia respecto a todos los demás”, subrayó Aguirre. Recordó que con la reciente reforma legal se estableció que las percepciones de los pensionados de hasta 15 salarios mínimos mensuales no están gravadas por el ISR. Además de que militares y civiles:

[...] son diferentes y no pueden ser objetivamente iguales”. Valls justificó que “las condiciones de retiro de la milicia son muy distintas a las del servicio civil, incluso por razones de salud los tiempos de retiro también son distintos, y lo importante en el caso es que los militares tienen retiro y no jubilación. Esto significa una gran diferencia, porque con el haber de retiro conservan su personalidad militar, pero guardan determinadas obligaciones personales hacia el ejército. ¡Pueden en algunas situaciones de excepción convocarlos, en consecuencia, no es simplemente un pago por haber cumplido un tiempo!

Sánchez Cordero estima que, cuando el Congreso aprobó la Ley del ISSFAM, los legisladores señalaron que la exención del pago del ISR se justificaba:

[...] debido a la situación precaria de los militares en situación de retiro. Sin embargo, la situación de precariedad en que según dicha iniciativa legal se encontraban los militares en situación de retiro, no es privativa de ellos, pues también puede actualizarse en relación con los retirados de los sectores público y privado. De manera que la precariedad no constituye una razón objetiva para justificar el trato diferenciado, como tampoco

desde el punto de vista fiscal, porque unos y otros reciben un ingreso que modifica su salario (*La Jornada*, 7 de noviembre de 2012).

## XV

El Pleno de la Suprema Corte de Justicia de la Nación avaló que los jubilados del IMSS paguen impuesto sobre la renta sobre sus pensiones y declaró que no es inequitativo que los militares en retiro no paguen dicho impuesto. Con el voto en contra de Olga Sánchez Cordero y José Ramón Cossío, la mayoría negó el amparo a jubilados en contra del artículo 109, fracción III de la Ley del ISR y estableció que la diferencia entre los pensionados civiles no es sólo constitucional, sino que además, el gravamen a las pensiones y jubilaciones no constituye una doble tributación ni tampoco genera en trato fiscal desigual.

“Al disponer la ley que se deberá pagar el ISR sobre el excedente, el tributo recae sobre una auténtica y real manifestación de capacidad contributiva, en tanto se grava el incremento positivo del patrimonio sin que importe que provenga de jubilaciones y pensiones, pues no hay disposición Constitucional que prohíba gravarlos aunque estén clasificadas como prestaciones de seguridad social”, explicó la ministra Cordero, autora del proyecto de sentencia.

Otro de los argumentos de los amparos era que los jubilados son sujetos a doble tributación, pues una parte de sus pensiones es financiada con recursos que aportaron durante su vida laboral y que en su momento ya fueron gravados con ISR. “Si se hubiera argumentado adecuadamente por la parte quejosa, creo que sí hay problema de doble tributación con la parte que ya pagó el trabajador, que no es la totalidad de lo que recibe (como pensión)”, sostuvo el ministro Zaldívar.

Los demás alegatos de los quejosos fueron rechazados con facilidad ante fallas técnicas de sus demandas y la Corte dedicó la mayor parte de su tiempo a resolver si se debían contestar algunos agravios o si era impropio siquiera darles respuesta.

Arturo Zaldívar junto con el ministro presidente Juan N. Silva Meza, Sergio Aguirre, Fernando Franco, Margarita Luna Ramos, Jorge Pardo, Sergio Valls, Luis María Aguilar y Guillermo I. Ortiz Mayagoitia, señalaron que los pensionados civiles y los de las fuerzas armadas “tienen un estatuto constitucional diferente, pues desde la misma Constitución se

dice que los integrantes de las fuerzas armadas tienen altas finalidades y ciertos beneficios derivados precisamente de las labores que desempeñan”. A pesar de que el ministro reconoció que “deja mucho que desear” la argumentación del Congreso al aprobar la legislación referida a que la situación de los militares en retiro “es precaria” respecto a los pensionados civiles, Zaldívar se sumó a la mayoría que negó el amparo que permitirá a la Corte fijar criterios obligatorios para todos los tribunales y autoridades sobre el tema de las pensiones.

Avaló así el artículo 32 de la Ley del ISSFAM, el cual señala que los militares “no pagarán ni un centavo de impuesto en ningún caso”. Zaldívar justificó que “obedecen a un régimen especial” en el que impera la disciplina, la obediencia, el honor “pero, sobre todo, la regresión a las filas” aun estando en retiro, si así lo exige el alto mando de las Fuerzas Armadas.

Los ministros rechazaron que la legislación impugnada viole el Convenio relativo a la Norma Mínima de la Seguridad Social, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y justificaron la postura de Hacienda de que todos los ciudadanos, excepto los militares, están obligados a pagar impuestos. También ignoraron el convenio suscrito por México con la OIT en 1985 el cual establece que las pensiones no causarán impuestos.

Resuelto el primer amparo, el pleno sentó los criterios sobre pensiones y pago de impuestos que, de ser aprobados, serán de observancia obligatoria para todos los juzgados y autoridades del país (*La Jornada y Reforma*, 13 de noviembre de 2012).

## XVI

Ante el fracaso esférico del cuadro de reformas aludidas, la SCJN, dictó a mediados del año 2010, la *Jurisprudencia 85-2010* que topa en 10 salarios mínimos todas las pensiones incluidas en el apartado A del artículo 123 constitucional.

Frente a la intensidad y profundidad de la protesta de un vasto universo de afectados, el titular del Poder Ejecutivo Federal decidió suspenderla.<sup>5</sup> Aunque ella puede ser activada en cualquier momento por acuerdo de los integrantes del (tripartito) Consejo Técnico del IMSS, toda vez que,

<sup>5</sup> Al respecto, véanse Leal (2012a) y Karam (2010).

como tal jurisprudencia, se trata de un ordenamiento de observancia obligatoria dictado por el máximo tribunal de justicia de la Nación.

La *Jurisprudencia 85-2010* representa el primer dispositivo diseñado desde la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) –sirviéndose de la SCJN– para aplanar a la baja los derechos adquiridos por los trabajadores mexicanos, sin necesidad de recurrir a reformas vía los espacios parlamentarios y como una suerte de primer anuncio de otras presuntas medidas administrativas del mismo corte (por ejemplo el incremento en las cuotas obrero-patronales del IMSS-ISSSTE) dictadas desde el Consejo Técnico del IMSS o de la (bipartita) Junta Directiva del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

## XVII

Las tendencias que comprometen las actuales condiciones para el retiro, particularmente las de los jóvenes, se han visto fortalecidas con la propuesta del, entonces candidato y ahora presidente, Enrique Peña Nieto, para establecer un sistema de seguridad social “universal”.<sup>6</sup>

En él se contempla garantizar los siguientes cuatro derechos “exigibles” mínimos o prestaciones “básicas”: atención médica “de calidad”, seguro de desempleo temporal, seguro contra riesgos de trabajo y pensión para la vejez.

Su implante conlleva, además, una reforma fiscal “integral” generalizando el impuesto al valor agregado (IVA) –16%– a medicinas, alimentos, todos los bienes y servicios sin excepción. Frente al reto de enfrentar a los potentados que se benefician del orden fiscal (regímenes especiales), la ruta sencilla para la tecnocracia peñista consiste en homogeneizar el impuesto al consumo: impuesto al valor agregado.

Con el triunfo del Partido Revolucionario Institucional (PRI) el 1 de julio de 2012, se corona también esta agenda tecnocrática impuesta por grupos de interés y mediáticos, dado que las campañas no trataron el estado real en que se encuentran la salud y seguridad social. Su emergencia no guarda relación con las necesidades sentidas y expresadas del electorado: mejorar servicios y actualizar la canasta de prestaciones a la altura de su ciudadanía.

<sup>6</sup> Al respecto, véase Leal (2012b).

El desenlace electoral confirma que la cadena de “reformas” sectoriales ya referidas, sólo han empeorado el estado del asunto público. Cada eslabón representa un nuevo parche parcial, como el del Seguro Popular. El efecto agregado de toda la cadena configura una salud y seguridad social inequitativas, incompletas, e ineficaces.

La propuesta del seguro “universal” no atiende ese estado de cosas. Constituye un minimalismo de la protección social que, no sólo atenta contra la integralidad de las prestaciones contenidas en las actuales leyes del IMSS e ISSSTE, sino que abre la puerta al franco abandono del derecho humano a la seguridad social para sustituirlo, ahora, por un paquete mínimo –o piso básico de protección social– de “derechos” acotados.

Ellos se definirán siguiendo prioritizaciones o racionamientos tecnocráticos de intervenciones en paquete, siguiendo las experiencias ya cursadas por las 13 intervenciones del componente de salud del Programa Progres-Oportunidades; las 284 intervenciones del Catálogo Universal de Servicios Esenciales (Causes), las 58 del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) del Seguro Popular y las 131 del Seguro Médico para una Nueva Generación.

El autor de esta propuesta es Santiago Levy Algazi,<sup>7</sup> y Enrique Peña Nieto la ha reiterado con poco entusiasmo y menos originalidad (Peña, 2011:105-126). Esta seguridad social “universal” es un abierto atentado contra las condiciones de retiro de los jóvenes mexicanos.

## XVIII

La recién aprobada *Reforma laboral 2012* presionará igualmente sobre las condiciones de retiro de los jóvenes e impactará sobre el aparato legal que hoy regulan las pensiones y jubilaciones de los trabajadores activos amparados por Contratos Colectivos vigentes.<sup>8</sup>

Como consecuencia de las nuevas modalidades de contratación adoptadas y, especialmente por el impacto de las contrataciones realizadas a

<sup>7</sup> Al respecto, véase Levy (2008 y 2009).

<sup>8</sup> “Artículo 11. En lo no previsto por esta ley o disposiciones especiales, se aplicarán supletoriamente y en su orden la Ley Federal del Trabajo, el Código Federal de Procedimientos Civiles, las leyes del orden común, la costumbre, el uso, los principios generales de derecho y la equidad”, *Ley federal de los trabajadores al servicio del Estado*, Reglamentaria del apartado B del artículo 123 constitucional.



partir de terceristas (*outsourcing*), ahora será preciso laborar muchos más años para alcanzar las 1 250 semanas de cotización que demanda la Ley IMSS y acceder a la Pensión Mínima Garantizada.<sup>9</sup>

También se aprecian efectos extraordinariamente regresivos en materia de la “Tabla de enfermedades de trabajo” y la de “Valuación de incapacidades permanentes” que culminarán en graves repercusiones sobre el perfil de la morbi-mortalidad laboral.<sup>10</sup>

## XIX

La combinación entre reforma laboral y seguro “universal” culminará abatiendo la naturaleza de las prestaciones que solía cubrir el concepto clásico de salud y seguridad social.

Al final, la reforma impulsada por el PRI dejó intacto el entero articulado económico que afecta severamente a los trabajadores, particularmente a los jóvenes: tipos de contratación, “regulación” del *outsourcing*, equidad, género, así como enfermedades y accidentabilidad laboral, entre muchos otros. Ahora será preciso laborar mucho más para alcanzar menores prestaciones.

El ministro de la SCJN, José Ramón Cossío, se refirió a la “judicialización” del nuevo concepto constitucional de derecho humano a la salud, desde las reformas al artículo primero constitucional del 10 de junio 2011: al imparable flujo de demandas por su incumplimiento, situación que podría derivar en una saturación del aparato judicial y en crecientes indemnizaciones a cargo de las instituciones sanitarias. Lo expresa así:

[...] el cambio en materia de derechos humanos tuvo una primera dimensión semántica. La expresión “garantías individuales” fue sustituida por la de “derechos humanos”. El cambio no es sólo semántico. La cantidad de reivindicaciones que pueden hacerse por la vía constitucional del cumplimiento de derecho es enorme y mucho muy compleja. ¿Hasta dónde pueden llegar los jueces en su tarea de protección a partir de los reclamos litigiosos? La verdad, muy lejos. Pueden ordenar el otorgamiento de prestaciones en favor de determinadas personas, lo que obliga a la asignación de los recursos presupuestales (*El Universal*, 4 de septiembre de 2012).

<sup>9</sup> Al respecto, véase Leal (2012c).

<sup>10</sup> Al respecto, véase Leal (2012d).

Ese cambio alude al contenido del artículo primero constitucional:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

En un sentido similar al de Cossío se pronunció el mismo presidente de la SCJN, Juan N. Silva Meza, quién sostuvo que los jueces, magistrados y ministros del Poder Judicial de la Federación “estamos preparados para enfrentar” la problemática derivada de la exigencia de justiciabilidad del derecho a la salud, el cual está previsto en la *Constitución* y en el *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales* de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Las implicaciones jurídicas del derecho humano a la salud “exigen de los juzgadores gran capacidad de reflexión y la disposición intelectual para echar mano de todos los conocimientos en la materia”, porque de acuerdo con los citados ordenamientos “toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (*La Jornada*, 19 de octubre de 2012).

Frente a este escenario y con el nuevo marco laboral impulsado por el PRI, a la tecnocracia sanitaria que implantó en 2004 el Seguro Popular encabezada por Julio Frenk la que –acaudillada por Santiago Levy– articula la propuesta de seguridad social “universal” que asumió el candidato Peña Nieto, no le queda otra alternativa que seguir achicando ese derecho humano a la salud, a partir de la imposición de paquetes esenciales “universales” básicos.

Achicamiento de la seguridad social a sus verdaderos mínimos, para que nadie pretenda exigir aquello que el Estado no podrá cumplir. Tal y como –sin atreverse a discutir siquiera la creación de empleo formal– gusta promover hasta la directora regional de la OIT para América Latina y el Caribe, Elizabeth Tinoco, con el argumento de que el “reto es avanzar hacia un cambio de paradigmas” articulando un “piso de protección social con la prestación de servicios esenciales, por ejemplo en salud” (Tinoco, 2012).

Ese acotamiento del derecho humano a la salud vía racionamientos tecnocráticos se publicitó, primero, como “ampliación” de los derechos sociales en el caso del Seguro Popular de Frenk y, ahora, como derechos “exigibles” en el caso del seguro “universal” de Levy.

La propuesta del seguro “universal” de Peña-Levy sólo contempla cuatro prestaciones “básicas” aún no definidas: atención médica “de calidad”, seguro de desempleo temporal, seguro contra riesgos de trabajo y pensión para la vejez.

Constituye un minimalismo de la protección social que atenta contra la integralidad de los derechos contenidos en la legislación IMSS-ISSSTE, mientras procura el franco abandono del derecho humano a la seguridad social para sustituirlo, ahora, por un paquete mínimo –o piso básico de protección social en el lenguaje de la OIT/Tinoco– de “derechos” acotados. Ellos se definirán siguiendo prioritizaciones o racionamientos tecnocráticos de intervenciones en paquete esencial.

En el cuadro de la reforma laboral regresiva impulsada por el PRI de Peña Nieto, el “nuevo” derecho humano a la salud y a la seguridad social se reduce –en las dos versiones tecnocráticas (Frenk-Levy y el acompañamiento de la OIT-Tinoco) que hoy se disputan la “conducción” del racionamiento de la política pública– a un miniderecho “exigible”, híper acotado que no guarda relación ni con el cuadro real de prestaciones que requiere la ciudadanía del siglo XXI, ni con aquello que enferma y mata efectivamente a los mexicanos. Pero que es “esencial”, “universal” y “exigible” por todos: una seguridad social en los verdaderos mínimos.

## XX

Reconocidos en su conjunto estos cuatro grupos de grandes evidencias trazan un cuadro pensionario sumamente comprometido, sobre el cual deberá montarse, además, una urgente estrategia para enfrentar el reto del proceso del envejecimiento en curso.

Aunque ahora ya disponemos de los servicios de asistencia social para adultos y adultos mayores: la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. De 3 664 instituciones de asistencia social inscritas en el país, sólo 515 prestan servicios específicos para el cuidado de adultos mayores, sector de la población que va en aumento. Los estados con mayor porcentaje de instituciones son: Hidalgo, 18.6%; San Luis Potosí, 13.7%; y Puebla, 12.4%. Chiapas, Colima, Baja California, Querétaro, Sinaloa y Veracruz, son entidades que no rebasan más de seis organismos por entidad.

De las instituciones de asistencia social, públicas y privadas que coordina el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 30% per-

tenecen al sector privado y 70% al sector público. El Consejo Nacional de Población (Conapo) estima que en el país hay 8.5 millones de adultos mayores y proyecta que en 50 años dicha población alcanzará los mismos niveles de envejecimiento que en países europeos demoró 200 años.

El 13 de septiembre de 2012 se publicó la *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad*, para atender los retos que este sector de la población enfrenta. En ella se establecen los criterios y características mínimas para el funcionamiento de los servicios de asistencia social. Se garantiza que los establecimientos contemplen entre sus programas la promoción, en todo momento, de la inclusión de los usuarios a una vida sana y productiva; asegurando con ello el fortalecimiento de redes sociales de apoyo y una participación activa del adulto y del adulto mayor en su entorno, evidenciando a su vez el compromiso institucional con el usuario.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) en su *Encuesta nacional sobre discriminación*, señala que las personas adultas mayores son consideradas el cuarto grupo de población vulnerable a la discriminación. Tres de cada diez personas consideran que los derechos de las personas adultas mayores no se respetan en nada y otros tres opinan que se respetan poco.

## XXI

Reformar las fallidas “reformas” a la salud y la seguridad social, así como rescatar las condiciones para el retiro de los jóvenes y trabajadores activos de esa fría galaxia financiera, imprimiéndole al asunto público la dimensión humana que le es consustancial, es sin duda, la tarea más urgente en la actualización de la agenda mínima para un envejecimiento digno, humanamente enriquecido como continuación del ciclo vital. Diseñar un modelo de atención a la altura de nuestro actual cuadro demográfico –enriquecido con los cuidados paliativos<sup>11</sup> y el concepto emergente de dependencia–, es la siguiente.

<sup>11</sup> Modificaciones a varias disposiciones de la *Ley general de salud* e incorporación del título octavo bis: de los cuidados paliativos de los enfermos en situación terminal, *Diario Oficial de la Federación*, 5 de enero de 2009.

## BIBLIOGRAFÍA

- Karam, (2010), Tope a pensiones en 10 salarios mínimos. Jurisprudencia 85/2010.
- Leal Fernández, Gustavo (2008a), *El IMSS bajo el calderonismo. El pliego hostil de Molinar Horcasitas*, México, ADN Editores/Asamblea Nacional de Trabajadores Democráticos del IMSS.
- (2008b), *El ISSSTE bajo el foxismo*, México, UAM-Xochimilco.
- (2009a), *El IMSS bajo el foxismo*, México, UAM-Xochimilco.
- (2009b), *El mito del “Seguro Popular” en el DF*, México, UAM-Xochimilco.
- (2009c), *RESISSSTE*, México, ADN Editores/Imagen Médica.
- (2010), *Nueva Ley del ISSSTE 2007-2008. Materiales*, México, UAM-Xochimilco.
- (2011), “Tres años después de la ‘reforma’ calderonista del ISSSTE. Sigue reformar esa ‘reforma’”, *Estudios Políticos*, núm. 22, novena época, enero-abril, FCPS/UNAM, pp. 139-154.
- (2012a), *El IMSS bajo el calderonismo*, México, UAM-Xochimilco/Imagen Médica.
- (2012b), “El ‘consenso’ impuesto por Peña y Levy”, *La Jornada*, 7 de julio.
- (2012c), “Reforma laboral panista: dos impactos sobre la seguridad social”, *La Jornada*, 15 de septiembre.
- (2012d), “Reforma laboral panista: cinco impactos más sobre la seguridad social”, *La Jornada*, 29 de septiembre.
- Levy, Santiago (2008), “Se subsidia la informalidad”, *Enfoque*, suplemento dominical del diario *Reforma*, 7 de septiembre, pp. 4-6.
- (2009), “Entrevista con Santiago Levy Buenas intenciones, pobres resultados”, *Nexos*, febrero, pp. 37-41.
- Peña Nieto, Enrique (2011), *México, la gran esperanza. Un Estado Eficaz para una democracia de resultados*, México, Grijalbo.
- Tinoco, Elizabeth (2012), “La encrucijada de la seguridad social”, *La Jornada*, 19 de octubre.

## Hacia una defensoría de las personas adultas mayores

Leoncio Lara Sáenz

Las reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de junio de 2011, además de establecer los principios de autonomía y autorrealización, que comprenden los derechos a la dignidad, a la libertad, a la participación y a la equidad, de los adultos mayores como sujetos de derechos humanos en nuestro país y que están definidos e incorporados como derechos específicos en la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores, 2002-2012*, como expresión en la legislación nacional del cumplimiento de los principios de los derechos de los adultos mayores aceptados por México desde su expedición por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1991, han generado varias consecuencias en su cumplimiento.

En primer término, el mandato constitucional relativo a que todas las autoridades en el ámbito de su competencia, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad (artículo 1, tercer párrafo).

En segundo término, derivado de la vigencia de los derechos humanos establecidos en instrumentos internacionales, nuestras autoridades resultan obligadas a respetar los derechos humanos contenidos en los instrumentos y adoptados por México, pero además el Estado en su conjunto está obligado a proteger e impedir la violación de los derechos y finalmente nuestro país está obligado a realizar acciones y fijar políticas y establecer instituciones en materia del buen cumplimiento y ejercicio de los derechos humanos adoptados por nuestra Constitución.

En tercer término, la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*, considera como un principio obligatorio que genera derechos, el relativo a la certeza jurídica que desarrolla en los siguientes puntos:

- a) Recibir trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que involucre a las personas adultas mayores, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados.
- b) Recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos.
- c) Recibir asesoría jurídica en forma gratuita en los procedimientos administrativos o judiciales en que sea parte y contar con un representante legal cuando lo considere necesario.
- d) Proteger a los adultos mayores especialmente en los procedimientos que impliquen la protección del patrimonio personal y familiar y cuando sea el caso testar sin presiones ni violencia.

En cuarto término, se debe tomar en cuenta la vulnerabilidad de las personas, por ejemplo en caso de desempleo, discapacidad, pérdida de sus medios de subsistencia o cuando por las circunstancias, como la discapacidad o el abandono, requieran de protección especial por parte del Estado y sus instituciones o de la sociedad y sus organizaciones y, en general, el riesgo provocado por la vulnerabilidad social o familiar, como la carencia de los alimentos en sentido legal o la discriminación abusiva y permanente.

En quinto término, se debe tomar en cuenta que ya en materia de obligación del Estado de defender o procurar el cumplimiento de los derechos humanos y las antiguas garantías constitucionales, hay una amplia tradición de instituciones de defensa y de procuración o representación, como la Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo de 1929, la Procuraduría Federal del Consumidor, la Procuraduría de la Defensa de los Campesinos en Guerrero, la Procuraduría de Protección Ciudadana de Aguascalientes, la Defensoría de los Derechos Universitarios de la Universidad Nacional Autónoma de México de 1985 y, por supuesto, desde la década de 1980 la asesoría y la defensa de los ancianos en el Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia.

Sin embargo, se deberá tomar en cuenta que no hay un organismo especializado en la defensa o procuración de los derechos de los ancianos, como ahora establece la reforma Constitucional y que ésta existe solamente por la vía de la queja y eventualmente de la orientación, a partir de

la comisión nacional o comisiones estatales de los Derechos Humanos ante violaciones a dichos derechos, o bien la orientación y eventual asesoría jurídica por el o los institutos nacional y locales para los Adultos Mayores, cuyas funciones son más asistenciales, que defensores y procuradores de los derechos de los adultos mayores.

En razón de lo anterior y siguiendo los principios de certeza jurídica para proteger los derechos del adulto mayor, parecería conveniente y oportuno crear la figura del *Procurador de la defensa de los derechos de las personas adultas mayores*, que tendría por funciones no solamente la de proporcionar certeza jurídica como principio a los ancianos para el ejercicio de los derechos humanos que les son inherentes y que están referidos a su autonomía, a su autorrealización, a su integridad, a su dignidad y preferencia, a una vida con calidad, al disfrute pleno, sin discriminación alguna de los derechos que la Constitución y las leyes de la materia establecen, sino también a la procuración y la defensa de una vida libre de violencia, al respeto a la integridad física, psicoemocional y sexual a la protección contra la explotación, a recibir protección de la familia y de la sociedad y a vivir en entornos seguros; a recibir trato digno y apropiado en los procedimientos judiciales en los que estén involucrados ancianos como agraviados, indiciados y sentenciados; a recibir el apoyo de las instituciones en el ejercicio y respeto de sus derechos humanos y a exigir de todas las autoridades obligadas, el cumplimiento irrestricto de esos derechos humanos; a recibir asesoría jurídica gratuita, en los procedimientos en los que sea parte o en las dudas para el ejercicio de un derecho; a tener un representante legal cuando sea necesario o cuando se solicite; a que la procuraduría intervenga de oficio o a petición de parte para representar a los adultos mayores en estado de riesgo o abandono; a la protección del patrimonio del anciano; a recibir alimentos y a testar sin violencia ni presiones.

La *Procuraduría de la Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, deberá tener como principales características, ser un organismo público, autónomo, con jurisdicción nacional y delegaciones en todas las entidades federativas, dedicado a la defensa gratuita, especializada y ágil, sobre la base del derecho, la equidad y la buena fe, con procedimientos sencillos que pueda actuar a instancia o de oficio.

También, para procurar el buen cumplimiento y observancia de los derechos humanos de los adultos mayores, la Procuraduría podría realizar recomendaciones generales a todas las autoridades del país que transgredan o vulneren los derechos de las personas adultas mayores.





## Seminario “Autonomía, autorrealización y derechos humanos de las personas mayores”

Relatoría

Pedro Arroyo Acevedo

La primera sesión cubrió los aspectos médicos, geriátricos y bioéticos de la dependencia del adulto mayor (AM). La ponencia inicial, a cargo de Alberto Rivera Márquez, criticó la noción de que el adulto mayor es una persona que carece de autonomía, que es improductivo, que está enfermo y al que “hay que cuidar”. De ahí el punto de vista prevalente de que el envejecimiento es un “problema social”. Rivera destacó la idea de que el problema real del sujeto viejo es la pobreza, elemento generador de fragilidad, que es el resultado de un sistema económico desigual.

En su ponencia Luis Miguel Gutiérrez Robledo habló de derechos en los planos individual y social: en el primero el derecho del individuo referido al vivir bien, tanto como sea posible; en el segundo, que la vida en sociedad sea larga y plena para todos. El derecho a una vida plena implica, también, responsabilidades que en el caso del individuo conllevan la obligación de que cada uno cuide su propia salud y promueva su envejecimiento saludable. Así, no toda la responsabilidad recae en el Estado o en la sociedad. En el caso de esta última, expresó, su responsabilidad es contribuir a la distribución intergeneracional de recursos y a la promoción de la vitalidad de las generaciones que conviven. En su ponencia, Gutiérrez Robledo aclaró que el derecho fundamental relacionado con la vejez es la autonomía básica. Entre los atributos de este valor se encuentran la independencia, la responsabilidad y la capacidad de expresar y de garantizar las intenciones que se tengan. En algún momento el adulto mayor puede delegar ese poder en una tercera persona cuando el envejecimiento ya no le permita el ejercerlo por sí mismo y sea necesario otorgar un mandato de protección futura. La garantía de este derecho a la

autonomía básica implica la necesidad de intervenciones para su promoción o para su preservación, para ampliar su espectro y para mantenerla hasta donde sea posible. La facultad de ejercer este derecho básico pasa por el respeto a varias cuestiones, una de éstas es a la capacidad de decisión, como se mencionó antes; otra es a la autonomía. Aquí se introdujo un juicio de valor dado que esta autonomía se encuentra condicionada por la posibilidad de que se ejerza en función a limitaciones o potencialidades que se articulan en el entorno del anciano, pero que también se tienen que expresar en zonas no verbales cuando el anciano ya no puede ejercer plenamente esta capacidad de decisión y de comunicación. Esto implica el ejercicio de un riesgo individual asumido cuando él decide terminar con su vida. Se trata de derechos fundamentales o de expresiones fundamentales de lo que se entiende por autonomía básica.

La segunda parte de la sesión cubrió los aspectos conceptuales y técnicos de la autonomía personal y la dependencia. En ella se ampliaron las cuestiones introductorias con la ponencia “Políticas públicas, bioética y dependencia” de Manuel H. Ruiz de Chávez y Nathalie Curuchet Pi-Suñer, quienes llamaron la atención sobre la discriminación del viejo como obstáculo para el ejercicio pleno de los derechos. A su vez, Mariana López Ortega estimuló el intercambio mediante precisiones sobre los conceptos de autonomía, y dependencia; describió la información disponible sobre indicadores y prevalencia de estas condiciones. En materia de prevención Javier Enrique Jiménez Bolón habló sobre el aceleramiento de este fenómeno y la necesidad de actuar con un sentido anticipatorio. Una de las estrategias destacadas es la del monitoreo continuo de esta tendencia.

La tercera parte del seminario se dedicó a ubicar las cuestiones de autonomía y realización en el contexto de los derechos humanos de las personas mayores. La primera ponencia, a cargo de Leoncio Lara Sáenz, señaló que los derechos humanos de las personas adultas mayores son reconocidos y garantizados por la legislación mexicana vigente, por lo que el Estado mexicano “habrá de garantizar a través de políticas de Estado que desarrollen las autoridades, así como de acciones que permitan aplicarlos para el bienestar de la senectud”. El problema reside en cómo hacer efectivo el derecho a una autonomía básica. Alcanzar este *desideratum* pasa por los niveles del individuo y de la familia: la intervención prevista deseable o previsible para el ejercicio de este derecho es “empoderar” al adulto mayor y a su entorno familiar para asumir las responsabilidades inherentes al cuidado de la salud y a la promoción de una

autonomía básica. En el nivel social, en su intervención Juan Carlos Ruiz Espíndola describió cómo se puede ejercer este derecho, y cuáles son las acciones que se consideran o que se perciben como necesarias, entre otras, enfrentar las desigualdades económicas y sociales, redefinir el rol del Estado frente al mercado y homologar el marco jurídico. Al respecto, Leoncio Lara Sáenz aclaró que homologar es introducir la perspectiva de edad en las políticas públicas, cambiar la visión paternalista hacia una de reconocimiento, inclusión y empoderamiento y evaluar las políticas públicas con base en criterios de sustentabilidad y transversalidad. Como cierre de esta parte del seminario, Gustavo Leal se refirió al tema de pensiones y retiro de los adultos mayores. En su disertación denunció las fallas del sistema social para garantizar la seguridad económica de los adultos mayores debido a las limitaciones y carencias del sistema actual de pensiones.

Finalmente, la discusión se centró en la identificación del cómo hacer efectivos los derechos sociales de los adultos mayores. La principal aportación corrió a cargo de Leoncio Lara Sáenz quien propuso la creación de una Procuraduría de la Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores como un instrumento que “garantice y represente los intereses jurídicos de los ancianos, en cuanto a recibir trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados, y que materialice el apoyo de las instituciones federales y estatales en el ejercicio y respeto de sus derechos humanos, civiles y políticos”.



## Conclusiones generales del seminario “Autonomía, autorrealización y derechos humanos de las personas mayores”

Jorge Alsina Valdés Capote

Presento a continuación algunos apuntes derivados de la primera actividad de un grupo de trabajo fundado en octubre de 2012 por académicos, investigadores y docentes, así como por representantes de dependencias, asociaciones civiles y personas interesadas en estudiar, reflexionar, aportar ideas y experiencias encaminadas a entender el proceso de maduración y envejecimiento del ser humano. Lo anterior no como un proceso simplemente biológico, con toda la complejidad que ello conlleva, sino como un área de investigación y vivencia vinculada con la ética, los valores morales y el deber social con respecto a los adultos mayores.

El seminario “Autonomía, autorrealización y derechos humanos de las personas mayores”, organizado por iniciativa del doctor Leoncio Lara y celebrado el 29 de noviembre de 2012 en la sede del Consejo Académico de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, constituye una importante alianza entre el Instituto Nacional de Geriátría, representado por el doctor Luis Gutiérrez Robledo y la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-Xochimilco) representada por su rector, el doctor Salvador Vega y León. Ambas instituciones se unen para desarrollar, en la investigación, el abordaje y difusión de temas claves para las personas mayores como la autorrealización del ser humano en plenitud y la prevención de la dependencia. Para con lo anterior, llegar con bienestar a la vejez. Ligado uno al otro, autorrealización y prevención de la dependencia, se apunta hacia una nueva modalidad de atención con un concepto de envejecimiento positivo.

El Seminario mostró que se debe trabajar en una nueva imagen de lo que significa envejecer. No es posible sostener visiones de “infantilización” o sobrevaloración compensatoria sobre la vejez. Es a partir de la

autorrealización que el valor intrínseco de la propia vejez se proyecta hacia la sociedad y cambia nuestra mirada al respecto.

Los servicios de salud, entretenimiento, y otros que apuntan al bienestar del adulto mayor y su impacto sobre las instituciones y los cambios necesarios en éstas no pueden ser enteramente dictados por las variables económicas o directrices tecno-científicas. Los adultos mayores deben transitar de ser objetos de protección a sujetos de derecho.

La dependencia representa la pérdida de la autonomía y de la facultad de decidir por uno mismo. Durante el Seminario resultó interesante y significativo considerar como el día de hoy se insiste sobre la libertad de elegir como si los adultos mayores estuviesen hoy privados de un derecho que se reconoce a los demás y que se les podía devolver mediante solemnes declaraciones.

Se reconoce la necesidad de contar con políticas públicas transversales que definan estrategias nacionales sobre el tema que nos concierne abarcando incluso la adaptación del entorno social y domiciliario.

Lo anterior llevaría necesariamente a la conceptualización de lo que significa ser adulto mayor y llegar a propuestas que incidan sobre la creación de un organismo que promueva la integración plena a la vida social y ciudadana de sujetos con enorme experiencia.

Se trata de promover el envejecimiento con dignidad y con calidad de vida y, entre otros, son las universidades públicas las que tienen el compromiso de formar a los recursos humanos e incentivar la investigación en torno al tema; generar el intercambio de ideas y la discusión en el *ethos* social y político de nuestro país. El tema de la vejez requiere de la atención que se merece una parte significativa de la población, ya que México es el undécimo país con mayor población en condiciones de envejecimiento. El porcentaje de población de adultos mayores está creciendo rápidamente y caracteriza el desarrollo de la población en la primera mitad del siglo XXI.

Por lo tanto, resulta imprescindible discutir propuestas de alternativas que reformulen el concepto de envejecimiento; además, importante insistir en el desarrollo de políticas públicas para la prevención de enfermedades y condiciones adversas para el adulto mayor.

Una insistente propuesta a lo largo del Seminario es, precisamente, la creación de una Defensoría de los Derechos Humanos de los Adultos Mayores con el objetivo de promover mejores prácticas y formas de atención al sector que ahora nos preocupa.

Durante el Seminario y en la mesa que trató aspectos médicos, geriátricos y bioéticos de la dependencia, el doctor Alberto Rivera Márquez disertó sobre algunos aspectos generales de la condición de dependencia presentando una visión global del problema. Resulta común hablar de “dependencia” como sinónimo de vejez. Se considera al viejo como una carga improductiva que depende siempre del cuidado de otros, carente de capacidad de decisión. El envejecimiento se ve como un problema sin considerar que la dependencia no es exclusiva de la vejez ni ésta es igual a la dependencia e improductividad. Verlo de esta última forma implica una visión y lógica cerrada, de acumulación capitalista que precisamente por considerarlos improductivos, excluye y desecha a quienes ya no son útiles al sistema.

En México existe una lógica completamente adversa a una vejez digna, particularmente en las grandes metrópolis en las que los viejos no pueden movilizarse, no caben y no tienen oportunidad de ganarse espacios de participación. Viven en condiciones muy precarias luego de haber trabajado toda la vida; el medio es agresivo para la vejez, no existen o son escasas las redes, los viejos son abandonados, violentados y sus derechos humanos pisoteados; lo que lleva a una creciente “fragilización” al transitar del estado de “jefe” de la familia a la condición de “ente” con reducida o nula capacidad de decisión.

Hoy, las políticas tradicionales consideran que todos los ancianos son iguales o necesitan lo mismo. Muchas, si no es que todas, tienen que ver con la caridad o la beneficencia sin explicar la compleja red de determinantes que trascienden el ámbito de enfocarse a las responsabilidades en los hogares como los únicos lugares en donde pueden atenderse los requerimientos de los adultos mayores. De esta manera, el Estado se deslinda de responsabilidad frente a este segmento de la sociedad, ya que las propuestas de atención no tienen que limitarse a la posibilidad o no de dedicarse a las actividades básicas.

La discusión lleva a entender que es necesario adecuar los servicios de salud y acceso a espacios de los adultos mayores formando por un lado a profesionales en su atención y capacitando, por otro, a familiares y a quienes se encuentran cercanos a personas mayores o en proceso de envejecimiento.

La intervención del doctor Luis Miguel Gutiérrez Robledo en el Seminario apunta hacia hacer conciencia de que si bien en la actualidad se extiende la expectativa de vida de la población en general, resultan cuestionables



las condiciones de vida que muestran una gran desigualdad social. Hoy es común que convivan cuatro o cinco generaciones cuando tradicionalmente eran tres.

Hubo cambios importantes y como ejemplo tenemos la imagen de la mujer mayor que hoy es diferente a la abuelita estereotipada de antaño. Mientras que la población en edad avanzada entre 80 y 85 años se ajusta más a la imagen tradicional y la dependencia de facto se agudiza con el avance de la edad. Además de esto que resulta evidente, es demostrable como el costo de la atención a la salud es hasta 50% mayor en adultos enfermos que en aquellos que participaron en actividades preventivas. Desde un punto de vista estrictamente económico, diferir el momento en que la enfermedad nos afecta permite grandes ahorros en atención a la salud.

Sin duda la creciente longevidad es motivo de celebración pero conlleva la necesidad de rediseñar la política de salud para el envejecimiento. Gutiérrez Robledo insiste en que es necesario asumir y promover un nuevo rostro de la vejez cambiando estereotipos y paradigmas tradicionales. Señala que debemos trascender la autonomía e ir más allá de la simple funcionalidad física hacia el respeto a la capacidad de juicio y de elección.

Existen diferentes niveles de autonomía aunque el ideal consiste en el ser plenamente independiente. La autonomía básica tiene que ver con la autonomía legal cuya falta invita al paternalismo. La autonomía conlleva la capacidad de decisión; el paternalismo no.

Parece ser, entonces, que nos encontramos con una paradoja: vivimos más, pero ¿en qué condiciones?, ¿para qué?, ¿vale la pena envejecer en México?, ¿se puede envejecer con tranquilidad?

Resulta importante pensar en el valor intrínseco que tiene la última etapa de la vida que haga grato vivirla y para ello, se requiere de una redefinición de normas y valores previendo mecanismos que permitan ejercer la autonomía.

La vejez es un fenómeno complejo y a mayor desventaja social, mayor será la probabilidad de sufrir enfermedad y discapacidad en la edad avanzada. El resultado podría ser efectivamente vivir más y pasar más tiempo en condiciones de salud deficientes. De ahí que la prevención de la dependencia deba ser el principal objetivo de las políticas públicas enfocadas a la problemática de los adultos mayores. Como nación, llegamos con atraso a la prevención haciendo poco por mejorar el entorno del adulto mayor. Se requiere investigación y fondos para crear un nuevo modelo de

salud preventiva y atención médica moviéndose hacia un enfoque positivo de la vejez que reconozca y valore el aporte que las personas de este grupo de edad pueden dar a la sociedad. Resulta importante demostrar que es posible envejecer con salud dando cabida tanto a jóvenes como adultos, preservando la autonomía individual y la inserción continuada en la sociedad.

El doctor Manuel Ruiz de Chávez se refirió a la dependencia desde el punto de vista de las políticas públicas y la bioética. Esta última permite abordar temas cambiantes como el del envejecimiento al proporcionar instrumentos para analizar y resolver problemáticas. Desde este punto de vista, resulta importante analizar la dependencia desde la vulnerabilidad que genera junto con la disminución de autonomía. Esta última se entiende como la posibilidad de moverse independientemente en lo individual y en la interacción con la comunidad.

Desde esta perspectiva, un adulto mayor no pierde su valía pero ello implica aplicar de manera selectiva procedimientos para el cuidado de la salud y la conservación de la integridad. Ya se ha dicho cómo actualmente se piensa que el adulto mayor va perdiendo el derecho de tomar decisiones, lo que le ubica en un grupo vulnerable asociado con la incertidumbre.

Para Ruiz de Chávez la sociedad tiene el deber moral de proteger al individuo incluso al final de la vida de éste, después de una vida de trabajo y aporte a la sociedad misma. Esto implica reorientar muchas cosas como respetar las decisiones respecto a la atención y cuidados que se desean recibir. El objetivo es el de vivir el final de la vida con dignidad y en condiciones de bienestar.

En México existen más de 10 millones de personas mayores de 60 años, cifra que se encuentra en notable crecimiento. Esto significa enormes retos y acciones necesarias de emprender incluyendo la capacitación de personal de apoyo y la formación de recursos humanos en aspectos bioéticos para promover al máximo el ejercicio de la autonomía y finalmente procurar una muerte digna.

Para ello es necesario generar información que afecte a las políticas públicas para que construyan alternativas que representen los intereses divergentes en la sociedad, pero sustentados en una perspectiva bioética con el objetivo no sólo de incrementar la duración de la vida, sino también la calidad de la vida como un concepto que se construye a partir del contexto cultural y su sistema de valores.

De hecho, la bioética es la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas, para regular y resolver conflictos en la vida social, así como en la práctica y en la investigación médica, que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en las futuras generaciones.

Los aspectos bioéticos en torno al envejecimiento se refieren, como hemos visto, a:

- La calidad de vida del adulto mayor.
- La vulnerabilidad generada a partir de la dependencia y la falta de oportunidades.
- Las formas de atención médica a los padecimientos propios del envejecimiento
- La discriminación.
- La pérdida de autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la salud y la calidad de vida.

Algunos de los retos y acciones a emprender son:

- Promover la autonomía reduciendo el grado de dependencia.
- Atender las necesidades de los adultos mayores en forma integral.
- Capacitar personas y formar recursos humanos en aspectos bioéticos y en el trato con adultos mayores.
- Promover la coordinación y participación intersectorial.
- Promover el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones.

Las intervenciones en el Seminario, como la de la doctora Victoria Arango y la maestra Liliana Giraldo, entre otros, buscaban llegar a un entendimiento común en torno a conceptos básicos para la discusión sobre qué entendemos por:

- Autonomía.
- Dependencia.
- Discapacidad.

Así como muchas veces hablar de la enfermedad se hace desde la perspectiva de la salud, puede cometerse el error de hablar de la vejez desde el

paradigma de la juventud, resaltando las carencias del adulto mayor viéndose a la vejez como un padecimiento. Algo que se sufre.

Es necesario abordar el estudio y práctica del adulto mayor desde una perspectiva de convergencia bio-psico-social que considere el estado psíquico, físico, de salud y de condiciones materiales cuya combinación varía de persona a persona.

La funcionalidad tiene que ver con la capacidad de ser independiente y de autocuidarse, por ello existen distintos niveles de dependencia, desde la transitoria hasta la permanente. Resulta importante reconocer que todos y todas somos dependientes en algún momento de nuestra vida y que la definición de discapacidad tiene que ver con las interrelaciones sociales, siendo el desempeño físico un factor importante para medir la dependencia y la autonomía.

En el proceso de envejecimiento avanzado se busca evitar el estado de dependencia funcional que obliga a tener un cuidador externo, pero la funcionalidad física no es el único parámetro de dependencia: resulta necesario considerar componentes ambientales, personales y sociales. En ese sentido se estima que la persona que tiene una discapacidad o que sufre de una dependencia, puede al mismo tiempo ser una persona plena y por eso se habla no de discapacidad, sino de funcionalidad. Para muchos investigadores el término “discapacidad” se queda corto y resulta necesario replantear el concepto de discapacidad y su diagnóstico en México.

La discapacidad surge de la interacción entre las condiciones de salud y los factores contextuales tanto sociales como personales. Se considera normal entre la población que en la vejez exista la discapacidad. Incluso, siendo viejo, existe tres veces mayor probabilidad de no ser detectada una discapacidad. Datos de una encuesta realizada por las doctoras Arango y Giraldo muestran que un tercio de encuestados no discapacitados, muestran discapacidad real. Otra consideración que cuestiona la correlación vejez-discapacidad es que se puede contar con alguna discapacidad a cualquier edad.

El punto que desarrolla la doctora Mariana López Ortega durante su participación por videoconferencia desde Los Ángeles en el Seminario, apunta a destacar la importancia de contar con indicadores de autonomía y dependencia para conocer quiénes son las personas afectadas y las cifras específicas. Existe interés por conocer estas cifras que darían el tamaño y la dimensión del problema de atender las necesidades de los adultos mayores. Indudablemente que estas cifras son afectadas por el

crecimiento de la población y el aumento en la expectativa de vida. Esto a su vez, lleva a la multiplicación acelerada de enfermedades crónicas y al aumento en lesiones. Resulta interesante la cifras del *Informe mundial sobre la discapacidad* que muestra que entre 10 y 15% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad, estando 80% de los discapacitados que se tienen registrados, en los países desarrollados.

La intervención del actuario Javier Jiménez Bolón se refiere a la necesidad de establecer estrategias preventivas para la atención del adulto mayor. Señala que es importante conocer el ciclo de la dependencia que se representa como una curva normal inversa; la dependencia comienza en el nacimiento. Evoluciona hacia la autonomía y se acentúa en las etapas de la vejez avanzada. Se trata de disminuir la diferencia entre la edad de la *discapacidad* y la edad de la muerte, por lo que la prevención de la *dependencia* debe comenzar tal vez desde el embarazo. No se trata de la acción de individuos aislados sino del diseño e instrumentación de políticas públicas transversales.

Como desafíos para la prevención tenemos el sobrepeso de la población y el envejecimiento normal de la misma. En México, un altísimo porcentaje de la población tiene problemas de sobrepeso, particularmente entre las mujeres, siendo éste la puerta de entrada de varias enfermedades como la hipertensión y la diabetes. Respecto a esto Jiménez señala que el problema es multicausal y que la genética explica sólo un pequeño porcentaje de los casos.

Para Jiménez Bolón, la dependencia es una condición que determina la calidad de vida del ser humano y es por lo tanto necesario orientar las políticas públicas hacia la prevención de los efectos sociales y económicos que dicha dependencia ocasiona.

En México resulta necesario comenzar por tener una clara definición del concepto de dependencia a partir de indicadores que permitan medir los efectos de la misma bajo la idea de que todo lo que se mide se puede mejorar.

Los problemas de dependencia que se derivan de la creciente población de adultos mayores, implican un alto costo económico con afectaciones sociales donde los actores son los sectores público, social, y privado. Ello debe preocupar y ocupar a todos los niveles del gobierno (federal, estatal y municipal). El objetivo es reducir y prevenir la dependencia y paulatina pérdida de funcionalidad entre la población de adultos mayores. Para lo anterior existen líneas de acción que incluyen:

- La adecuación de un marco jurídico amplio que contemple el contexto del adulto mayor desde una perspectiva de calidad de vida.
- Mejora en la disponibilidad y atención de los servicios médicos.
- Fortalecimiento de las condiciones materiales de vida de los adultos mayores.
- Incremento en la cobertura de protección social.
- Fortalecimiento de la educación y comunicación en relación con los conceptos de dependencia, autonomía y funcionalidad.

Se requiere de una orientación estratégica que oriente las políticas públicas referidas a la condición de adulto mayor en la cual se espera que el Estado asuma mayores responsabilidades para garantizar a la población una vejez con ciertos niveles de bienestar.

Jiménez Bolón propone no trabajar el concepto de “vejez” si no el de “envejecimiento” para construir comunidades amigables como programas transversales y no específicos que puedan por ejemplo, modificar la arquitectura y los diseños que permitan reducir las barreras físicas que hoy no se observan de manera integral.

El doctor Leoncio Lara abordó, desde la mesa del Seminario y con su característica juventud y lucidez, a la autonomía y la autorrealización de los adultos mayores como derechos humanos. El envejecimiento es un proceso natural e irreversible que no depende de nuestra voluntad. Señala el doctor Lara que “si bien envejecer es obligatorio, crecer es algo opcional” y depende de las condiciones, actitudes y circunstancia de cada adulto mayor. La experiencia de un adulto mayor, lleva a imaginar que “cada vez que un anciano muere, se cierra una biblioteca”.

Hoy día, los adultos mayores aparecen como un grupo social vulnerable en un contexto de ley que reconoce en su marco jurídico a personas normales, discapacitadas y vulnerables. Esos últimos son reconocidos como grupos con derechos bajo los principios de autonomía e independencia. Los derechos están relacionados con la dignidad y la seguridad dentro de un marco ético y con un sistema de valores que reconozca la importancia del respeto y el bienestar durante la última etapa de la vida humana.

Para el doctor Lara resulta importante conocer el marco jurídico así como las normas relativas a los derechos humanos de aquellos grupos sociales entre los cuales se encuentran los adultos mayores con diferentes estados de discapacidad y/o disfuncionalidad. Se deben reconocer los tratados internacionales en la materia firmados por México y que en teoría,

reconocen la inserción y la equidad para con los adultos mayores ubicando necesidades y preferencias sin discriminación y con la protección en contra de toda forma de abuso y explotación. Los Estados tendrían la obligación de proteger los derechos reconocidos internacionalmente promoviendo y sosteniendo los derechos humanos.

Nuevamente las políticas públicas fueron objeto de presentación en el Seminario con la aportación del maestro Juan Carlos Ruiz. Él precisa aún más el tema al referirse a la evolución de las políticas emitidas por el Estado mexicano durante los últimos 30 años, periodo relacionado con la gestación de las principales instituciones y la expedición de normas a favor de la vejez. Durante ese tiempo se dio un tránsito en la cultura al pasar de resaltar la dependencia a reconocer la autonomía.

En la década de 1980 se emitieron directrices importantes que reconocen a los ancianos que requieren de protección, para la década de 1990 se determina garantizar el funcionamiento de la seguridad social, pensiones y educación. Para la primera década del siglo XXI se hablaba del aprovechamiento de la experiencia del adulto mayor buscando condiciones de mayor participación activa en la sociedad. En estos años se marcan las directrices para instrumentar políticas incluyentes para personas de edad avanzada.

Hoy se habla de la Procuraduría de la Defensa del Anciano que buscaría defender los derechos del adulto mayor y crear conciencia en la población sobre esos derechos que promueven la autonomía y la autorrealización.

En el año 2002 se promulga la *Ley de protección a los adultos mayores* y el Plan vigente al 2012 contempla para este grupo social abatir la marginación, aprovechar la experiencia, promover el empleo, la producción y el acceso a las redes sociales. Sería necesario considerar la creación de Programas de atención a los adultos mayores en zonas rurales, programas de atención al envejecimiento y ampliar significativamente la cobertura del seguro popular.

Se propone desarrollar una “cultura del envejecimiento activo” que contemple la seguridad económica y la protección social. La propuesta del maestro Ruiz incluye trabajar con instituciones para apoyar esquemas de autorrealización donde los ciudadanos mayores sean “alguien” y no “algo”, ya que ellos constituyen un importante capital social, cultural y humano.

La discusión en el Seminario hace ver que el envejecimiento activo puede incidir en la formación de ciudadanos si se involucran instituciones públicas que ofrezcan cursos integrales y formación en la revisión del marco jurídico para el diseño de políticas públicas definidas.

Lo anterior tiene mucho que ver con el Sistema de Pensiones y Ahorro para el Retiro que deberá constituirse como un derecho en un marco jurídico que requiere distinguir entre derechos humanos, económicos, sociales y culturales.

Existe, según cifras del Instituto Nacional de Geografía (INEGI), un rápido crecimiento de la población mayor a los 60 años, en un contexto de desarrollo económico lento o limitado, altas tasas de desempleo y condiciones generales que apuntan hacia el acrecentamiento de las desigualdades sociales. Es parte del proceso de la transición demográfica.

Si bien se pretende identificar la especificidad de derechos para la población de adultos mayores, una vez identificados surge el problema de la instrumentación de esos derechos de manera efectiva.

### ¿CÓMO GARANTIZAR LA REALIZACIÓN EFECTIVA DE LOS DERECHOS?

El sistema mexicano de seguridad, pensiones y retiro actualmente se encuentra en dificultades pues sólo 24% de adultos mayores de 60 años cuentan con pensión de retiro o vejez; difícilmente, bajo los esquemas actuales, será posible atender una significativa expansión de cobertura de servicios. La complejidad es enorme cuando se considera por ejemplo, la diferencia de género, hay personas mayores de 80 años que aún trabajan y producen, en la mayor parte de los casos por no contar con ingresos para sostenerse. Por otro lado, la pobreza en zonas rurales e indígenas muestra marcada diferencias con las condiciones en que se encuentran poblaciones y grupos sociales en vulnerabilidad. Resulta importante regular y regularizar las condiciones de trabajo de adultos mayores, aunque esto es un reclamo de la población laboral en general. En la medida en que continúa el trabajo sin protección social, disminuye la posibilidad de cubrir lo necesario para contar con una pensión digna. Así, hoy contamos con un panorama desolador para el futuro pensionario de los trabajadores en general, mientras que los jóvenes no están cotizando para el retiro por no contar con trabajos protegidos.

El Seminario se enriqueció con las opiniones del doctor Gustavo Leal Fernández quien externó que el retiro hoy no representa ni júbilo ni oportunidad. Significa, en la mayoría de los casos, enfrentar con magros ingresos un envejecimiento precario. Las reformas a la normatividad que se



refiere a la protección de la vejez y adultos mayores no han fructificado en beneficios para ese sector.

El doctor Leal destaca evidencias de precarias condiciones que describen un panorama de jubilación y retiro poco halagador. Un primer problema principal consiste en que las decisiones en torno a la atención a los adultos mayores están limitadas por condiciones financieras restringidas. Por otro lado, resulta inquietante el incremento de asalariados sin protección social ni esquema de retiro. De igual forma, y al parecer del doctor Leal, el seguro popular que se impulsa en México representa no la universalidad de la protección, sino un racionamiento de la cobertura. Se señala en el Seminario que a estas alturas no se necesitan más estudios ni diagnósticos sino que se requieren propuestas y acciones exigiendo un modelo de atención integral.

El tema de este Seminario, “Autorrealización y derechos humanos de las personas mayores”, ha resultado de enorme interés. Lleno de emotividad y seriedad reflexiva se abordó un tema que concierne a todos, siendo el disfrute de una vejez digna una aspiración universal. Hemos visto que abordar la problemática del adulto mayor implica hacerlo desde una perspectiva transversal con políticas públicas que incidan sobre lo económico, social y cultural.

Quedó en evidencia la necesidad de contar con una Procuraduría o Defensoría de los Derechos Humanos de los Adultos Mayores para lograr mejores condiciones de respeto, dignidad e inclusión de un porcentaje significativo de la población, mismo que no sólo representa un número sino a sujetos pensantes, con experiencias e historias de gran valía.

## Los autores

BERENICE P. RAMÍREZ LÓPEZ. Investigadora titular y coordinadora del Taller de Evaluación de los Sistemas de Pensiones en México, del Instituto de Investigaciones Económicas. Profesora y tutora de la maestría y el doctorado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y de la Facultad de Filosofía y Letras. Líder del proyecto en México “Fortaleciendo la voz de los trabajadores informales en las decisiones de política social en América Latina” auspiciado por la organización “Mujeres en empleo informal: globalizando y organizando” (WIEGO). Ha coordinado los libros *Evaluación y tendencias de los sistemas de pensiones en México* (2008); *La reforma del ISSSTE de 2007 ¿y las pensiones?*; *Efectos económicos de los sistemas de pensiones*, junto con Roberto Ham (2006), *Seguridad social: reformas y retos* (2000); *Seguridad e inseguridad social: los riesgos de la reforma* (1997). Tiene capítulos de libro con este tema en publicaciones del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, en la Universidad de Guadalajara, Comisión de Seguridad Social, Comisión de Política Social y Centro de Estudios de la Opinión Pública de la Cámara de Diputados y en la *Revista de la Asociación Internacional de Seguridad Social* AISS, Buenos Aires. Entre sus más recientes publicaciones se encuentran “Qué hacemos con y para los viejos”, en Córdova, Murayama, Salazar (coord.), *México 2012, Desafíos de la consolidación democrática*, México, tirant la blanche, pp. 161-167. “Las pensiones en México: prospectivas y propuestas”, en Calva José Luis (coord.), *Derechos sociales y desarrollo incluyente, México, análisis estratégico para el desarrollo*, vol, 12, Juan Pablos Editor, pp, 104-123. “¿Realmente está en crisis el neoliberalismo? Un acercamiento analítico a la política social”, en *El neoliberalismo y su crisis. Causas, escenarios y posibles desenvolvimientos*, Santiago, ARCIS-BUAP; pp. 39-46. Ha sido oficial de asuntos económicos de la Unidad de Comercio Internacional de la Comisión Económica para América Latina, Organización de las Naciones Unidas. Distinción Universidad Nacional para Jóvenes Académicos en el área de investigación en Ciencias Económicas y Administrativas. Profesora de diversos cursos de especialización y de diplomados en: Universidad Iberoamericana, Universidad de Barcelona, España, Centro de Estudios Superiores

Navales y Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Licenciada en sociología, maestra en Estudios Latinoamericanos, con doctorado en ciencias sociales por la UNAM. Posgrado en Desarrollo Económico, Planificación y Políticas Públicas en América Latina (ILPES-Chile). Ha participado como conferencista y ponente en diversas universidades, centros de investigación y foros a nivel nacional e internacional.

GUSTAVO LEAL FERNÁNDEZ. Nació en la Ciudad de México el 1 de agosto de 1953. Es doctor en economía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (1983). Realizó estancias posdoctorales en la Universidad de Innsbruck, Austria (1989-1991) y en el Gabinete del Ministro de Sanidad y Consumo, Madrid, España (1991-1993). Ha sido, también, profesor visitante de Duke University, Durham, North Carolina (1989). Trabaja como especialista en la política pública de salud y seguridad social desde 1979. Cuenta con libros, artículos en revistas especializadas y tiene experiencia como conferencista, panelista, moderador y en el arbitraje de artículos del tema. Ha sido asesor tanto de ONG como de diferentes gobiernos. Es miembro de varios comités editoriales, columnista en la prensa nacional, comentarista en la radio y colaborador regular de portales electrónicos. En sus últimas publicaciones analiza las políticas de salud y seguridad social del foxismo y el calderonismo. En 2009, publicó los libros: *El IMSS bajo el foxismo; Resiste; El mito del seguro popular en el DF; Guarderías*. En 2010, publicó los libros: *¡Caracoles! Qué sistema de salud. Chiapas bajo el foxismo y Nueva Ley del ISSSTE*. En 2011 terminó los libros *IMSS. Jurisprudencia 85-2010. Tope a pensiones en 10 salarios mínimos y Salud en el Gobierno del Distrito Federal (GDF). 1997-2011*. Actualmente es profesor-investigador titular C de tiempo completo de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Departamento de Atención a la Salud. Área Salud y Sociedad.

JAVIER E. JIMÉNEZ BOLÓN. Licenciado en actuaría en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Tiene una especialidad en encuestas por muestreo del Instituto de Estadística de España; cursos sobre metodología cuantitativa aplicada a la epidemiología de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM); y sobre Programas de mercadeo social del Centro para el Desarrollo Social de Chicago, Estados Unidos. De enero de 1979 a la fecha es profesor titular de la licenciatura en sociología de la UAM-Xochimilco, con la impartición de unidades modulares relacionadas con metodología de investigación, técnicas de encuestas por muestreo, estadística descriptiva e inferencial, procesamiento de información, análisis socioestadístico y modelos multivariados. Asesor permanente de investigaciones en el área de las ciencias sociales. Integrante de los equipos de rediseño de los Programas de Estudio de la Carrera de Sociología en diferentes fechas. Ha sido profesor de la maestría en Desarrollo y Planeación de la Educación de la UAM-Xochimilco; de la

maestría en Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad de Colima y de la maestría de Comunicación Educativa y Valores del Instituto de Estudios Superiores en Chiapas. Las áreas de investigación de su interés son: el diseño, implantación y evaluación de políticas públicas y programas gubernamentales en los ámbitos de la educación, la salud, el desarrollo social y los estudios de población. Las temáticas de estudio se relacionan con el fenómeno del envejecimiento poblacional y los problemas del sobrepeso y la obesidad de la población mexicana. De enero de 2007 a la fecha es asociado de la firma “Investigación en salud y demografía, SC” (Insad). Consultor en materia de monitoreo y evaluación de programas sociales y capacitación en la metodología de marco lógico. Investigador-evaluador de programas sociales registrado ante el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). De 2001 a 2006 ocupó diversos cargos en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre éstos: subdirector de Gestión y Evaluación en Salud; subcoordinador de Transformación y Desarrollo, y subcoordinador de Desarrollo Estratégico de Delegaciones. De 1995 a 2000 colaboró en la Secretaría de Salud (SSA) como coordinador de asesores de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial; director general adjunto de Planeación y Evaluación de la Dirección General de Extensión de Cobertura, con la responsabilidad de la planeación y evaluación del Componente de Salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Progresá) y del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), y director de Administración y Finanzas de la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal. De 1990 a 1994: coordinador de asesores y director de Consejos Estatales del Consejo Nacional de Población (Conapo). Secretaría de Gobernación. De 1987 a 1990: colaboró en la Dirección General de Planificación Familiar en donde ocupó, entre otros, el cargo de director de Programación y Evaluación. Secretaría de Salud.

JOSÉ ALBERTO RIVERA MÁRQUEZ, PhD. Licenciado en nutrición y maestro en medicina social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (México). Doctor en epidemiología y salud poblacional por la Universidad de Londres. Profesor-investigador titular, tiempo completo, del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-Xochimilco. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I). Miembro de la La Red Temática de Investigación en Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social. Profesor con Perfil Promep deseable. Investigador principal y co-investigador en dos proyectos con instituciones internacionales y en cuatro con instituciones nacionales. Participa en docencia y dirección de tesis a nivel licenciatura, maestría y doctorado. Líneas de investigación: “Alimentación, nutrición y seguridad alimentaria y nutricional en hogares y personas adultas mayores”, “Evaluación de programas alimentarios en poblaciones adultas mayores”, “Determinantes sociales de la salud, la alimentación y la nutrición en la vejez”, “Salud, alimentación, nutrición y desigualdad social en poblaciones adultas mayores”.

Cuenta con más de 40 publicaciones en revistas indexadas, libros y capítulos de libro, así como con diversas presentaciones en los temas antes señalados en eventos nacionales e internacionales.

JUAN CARLOS RUIZ ESPÍNDOLA. Nace en la Ciudad de México el 4 de noviembre de 1964, obtuvo la maestría en Derecho en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y las especialidades en Justicia Electoral impartido por el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación y de Derecho Corporativo en la Universidad Panamericana. Actualmente se desempeña como asesor jurídico en la Oficina del secretario de Salud Federal; ha ocupado cargos directivos en el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Instituto Federal Electoral. Es socio consultor en Derecho Intelectual y Electoral del Bufete Jurídico Serrano Migallón, A.C. En actividades docentes imparte la cátedra de Derecho de la Propiedad Intelectual y Derecho Electoral en la Facultad de Derecho de la UNAM, donde además es consejero técnico. Ha escrito capítulos en libros y artículos en revistas de divulgación universitaria. Obtuvo la distinción al serle otorgada la Cátedra extraordinaria “Rodolfo Zepeda Villarreal”, otorgada por el H. Consejo Técnico de la Facultad de Derecho de la UNAM. Ha participado en diversos congresos, dictado conferencias y ha dirigido más de veinte tesis profesionales.

LEONCIO LARA SÁENZ. Abogado por la Universidad Autónoma de Chihuahua y obtuvo el doctorado en Derecho Romano en la Universidad de Nápoles, Italia. Ha sido defensor de los Derechos Universitarios de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y secretario ejecutivo fundador de la Red de Defensores, Procuradores y Titulares de Organismos de Defensa de los Derechos Universitarios (REDDU), que agrupa internacionalmente a más de 50 defensores universitarios. Ha sido además, coordinador del Proyecto de Cátedra UNESCO de la UNAM: “La defensa de los derechos de los universitarios en las instituciones de educación superior en América Latina. Un modelo en formación”. Es actualmente, investigador titular del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM en el área de Derecho Constitucional y en la especialización de Derecho y Senectud y miembro fundador del Grupo Interdisciplinario de Estudios Sobre del Envejecimiento, Giesen, en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Es profesor fundador desde 1970 de la asignatura técnica de la Investigación Jurídica en el Posgrado en Derecho de la Facultad de Derecho de la UNAM y ha sido profesor de Metodología de la Investigación Jurídica para diversos diplomados en universidades nacionales y extranjeras. Es autor de más de 80 artículos en materia de metodología e investigación jurídica, educación superior y derechos humanos así como de diversos libros entre los que destacan: *Procesos de investigación jurídica* (México,

UNAM-III/Porrúa); *XXV años de derechos humanos y universitarios en la UNAM* (México, UNAM) y *Derechos humanos y justicia electoral* (México, Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación). Lara ha sido abogado general de la UNAM, abogado general del Instituto Politécnico Nacional de México (IPN) y abogado general de la UAM; además, comisionado de los Altos y Selva de Chiapas, Titular de Províctima (fundador) y Visitador General de Indígenas en la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), procurador nacional de la Defensa del Trabajo, director Adjunto del Secretariado Laboral del Tratado para la Cooperación Laboral de América del Norte en Dallas, Texas, y Procurador General de Justicia del Estado de Hidalgo, México. Leoncio Lara es miembro de número del Antiguo y Nacional Colegio de Abogados de México, obtuvo el Premio Nacional a la Investigación Jurídica de la Asociación Mexicana de Abogados, además, ha sido miembro del Consejo Ejecutivo del Centro Mexicano del Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Universidad de Texas, Austin, y ponente de la Unión Europea de Ombudsman de la Educación Superior ENOHE en sus reuniones en Amberes, Bélgica y en Viena, Austria y del Instituto Latinoamericano del Ombudsman, ILO, en La Plata, Argentina.

LILIANA GIRALDO RODRÍGUEZ. Maestra en demografía por El Colegio de México con una especialidad en Estadística Aplicada en el Instituto de Investigaciones en Matemáticas y Sistemas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Trabajó en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso-Sede México), en el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM y actualmente es investigadora en ciencias médicas del Instituto Nacional de Geriátría de la Secretaría de Salud. Ha realizado asesorías para el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Auditoría Superior de la Federación. Ha publicado artículos en revistas científicas, así como capítulos en libros y artículos en revistas de divulgación, nacionales e internacionales, sobre temas relacionados con el maltrato, la discriminación, derechos humanos, salud y calidad de vida de las personas adultas mayores. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores en Ciencias Médicas y obtuvo el primer lugar en el Premio Nacional de Investigación Clínica sobre Envejecimiento 2011, con el trabajo titulado “Construcción y validación de la escala geriátrica de maltrato”. Las líneas de investigación que guían su trabajo son: envejecimiento demográfico; maltrato, violencia, discriminación hacia las personas adultas mayores; familia y relaciones intergeneracionales; derechos humanos, condiciones de vida de adultos mayores institucionalizados; género y vejez. Ha participado en diferentes eventos académicos nacionales e internacionales. Actualmente es la representante de México ante la Red Internacional para la Prevención del maltrato de personas mayores (INPEA por sus siglas en inglés).

LUIS MIGUEL FRANCISCO GUTIÉRREZ ROBLEDO. Estudió medicina en la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle en México (1980); y la especialidad en Medicina Interna en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, UNAM (1985), obtuvo la especialidad en Geriátría en la Universidad de Grenoble, Francia (1988) en donde cursó simultáneamente una maestría en Gerontología Social (1987), luego (1997) cursó la maestría en Biología del Envejecimiento en la Universidad de París VII. Es doctor en Ciencias Médicas (orientación salud pública-epidemiología) por la Universidad de Burdeos 2 “Víctor Segalen”. Fue fundador y jefe del servicio de Geriátría en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” en la Ciudad de México por 20 años. Profesor fundador y coordinador del Comité Académico de la especialidad en Geriátría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. En el 2009 fue nombrado director general del recién creado Instituto de Geriátría, de los Institutos Nacionales de Salud en México. Actualmente ocupa el cargo de director general del Instituto Nacional de Geriátría. Es Miembro del Consejo Consultivo sobre Envejecimiento de la Ciudad de México desde 1999 y consultor de la Organización Mundial de la Salud desde 1994. Asimismo, es miembro del Comité Asesor del International Association of Gerontology and Geriatrics. Ha sido profesor visitante en la Academia Europea de Medicina del Envejecimiento, en las Universidades de Sherbrooke en Canadá; de Texas Medical Branch en Galveston, en Ginebra Suiza y en la de Grenoble en Francia. Es miembro fundador e integrante del Comité Directivo de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA). Tiene más de 100 publicaciones entre libros, artículos, capítulos, memorias y textos de divulgación. La mayoría relacionados con investigaciones en el área de la geriatría clínica, la enfermedad de alzheimer y la epidemiología del envejecimiento. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina y fue condecorado como Caballero de la Orden de las Palmas Académicas por el gobierno Francés en el 2005.

MANUEL HUGO RUIZ DE CHÁVEZ GUERRERO. Egresó de la UNAM como médico cirujano con maestría en ciencias en medicina social de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Universidad de Londres, Diplomado en Calidad Total por el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM) y en Planeación Estratégica por la Universidad Iberoamericana. Es miembro de diversas sociedades y asociaciones científicas en México y el extranjero entre las que destacan: Académico Emérito de la Academia Mexicana de Cirugía; Miembro Correspondiente extranjero de las Reales Academias, Nacional de Medicina de España y de Medicina de Catalunya, España y en 2011 distinguido como primer médico mexicano en recibir el Fellowship del Royal College of Physicians de Londres, Reino Unido. En 2007 fue electo vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina de México para ocupar la Presidencia en el bienio 2009-2010. Asimismo, es integrante de ór-

ganos de gobierno en instituciones académicas y de servicio en Salud, Educación, Ciencia y Tecnología, públicas y privadas entre las que destacan: Miembro del Consejo Editorial de la *Gaceta Médica de México*, Órgano oficial de la Academia Nacional de Medicina de México; Miembro del Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica (Cetifarma); Miembro del Patronato del Instituto Nacional de Rehabilitación y Punto Nacional de Contacto en Salud entre México y la Unión Europea, Conacyt, Secretaría de Relaciones Exteriores. Entre otros cargos en la Administración Pública Federal se ha desempeñado como subsecretario de Planeación y director general adjunto de Investigación y Vinculación Académica de los institutos nacionales de Salud, Secretaría de Salud Federal. Comisario y delegado en Salud de la Secretaría de la Contraloría General de la Federación. Director general del Instituto de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y subdirector corporativo de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos. Actualmente es presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética. Ha sido profesor en la Facultad de Medicina y en la ENEP Iztacala, UNAM. También fungió como jefe del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y, coordinador del Programa de Medicina General Integral, ambos de la Facultad de Medicina de la UNAM. Presidente ejecutivo y asociado fundador de la Fundación Mexicana para la Innovación y Transferencia de Tecnología en la PyME (Fundtec). En el 2002 fue nombrado vicepresidente ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. y en 2005 electo presidente ejecutivo de la misma hasta el 2009. Consultor de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial para la Salud. Su vasta producción científica incluye libros, capítulos en libros, artículos in extenso y publicaciones institucionales, tanto a nivel nacional como internacional, entre otras destacan: “El enfoque de la salud como sector social y económico. Gasto y financiamiento para la atención de la salud en México”, “Reconstrucción y reordenamiento de los servicios de salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México 1986-1988”, “Descentralización de los servicios de salud. Avances y perspectivas del proceso”, “La salud y el municipio”, “Derecho y medicina. Intersecciones y convergencias en los albores del siglo XXI”, “Innovación tecnológica en salud. Fundamentos y perspectivas”, “La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos”, “Health Technologies and Decision Making” y “The Role of Ethics in International Biomedical Research”. Entre los reconocimientos y galardones más importantes recibidos se encuentra el Premio “Dr. Gerardo Varela al Mérito en Salud Pública” en 2005 por el Consejo de Salubridad General, Presidencia de la República.

MARIANA LÓPEZ ORTEGA. Desde 2009 es investigadora en ciencias médicas del Instituto Nacional de Geriátría, de los institutos nacionales de salud; anteriormente también se desempeñó como investigadora en la Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Análisis Social y Económico en Salud, CASESalud (2001-2005); Cen-



tro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE, División de Administración Pública 1999-2001; Secretaría de Desarrollo Social, Programa de Abasto Rural Diconsa 1997-1999. Es doctora en Salud Pública y Políticas de Salud egresada de la London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London (2005-2009); maestra en Políticas Públicas, University of Chicago (1995-1997) y licenciada en Relaciones Internacionales por la Universidad Iberoamericana (1990-1995). Tiene por líneas de investigación: 1. Cuidados de Largo Plazo y modelos de atención para adultos mayores; 2. Costos de la Dependencia Funcional en adultos mayores; 3. Determinantes sociales del envejecimiento con énfasis en su impacto en la dependencia funcional y mortalidad; 4. Oferta de cuidados informales a los adultos mayores en México; 5. Economía de la Salud, evaluación económica de intervenciones en salud; modelos econométricos en salud.

VICTORIA EUGENIA ARANGO LOPERA. Médica Internista / Geriatra Clínica. Maestra en Bioética, con tesis Laureada. Candidata a PhD en salud pública. Subdirectora de desarrollo y extensión académica del Instituto Nacional de Geriatria, desde agosto de 2011. Entrenada en Medicina Interna y Geriatria en la Universidad de Caldas y en Bioética Clínica, en la Universidad del Bosque, ambas en Colombia. Actualmente cursa el doctorado en Salud Pública a través del Pacto Andino. Profesora de Geriatria en pre y posgrado, desde 2001, hasta la fecha. Cofundadora y jefa de la Unidad de Evaluación y Manejo del Adulto Mayor, un modelo de atención ambulatorio y de cuidado a largo plazo, en la Fundación Cardioinfantil en Bogotá, hasta octubre de 2010. Trabajó con el Ministerio de la Protección Social en Colombia, como consultora, para la construcción de Política Pública en envejecimiento y vejez. Presidenta de la Asociación Colombiana de Geriatria y Editora en jefe de la revista de dicho organismo (2002-2005). Miembro principal (secretaria) de dos comités de ética de la investigación (durante cinco años). Líneas de investigación: demencias, bioética y demencias, sarcopenia, modelos de atención para la vejez y el envejecimiento.

PEDRO ARROYO. Falta información

JORGE ALSINA. Falta información

*Derechos humanos de las personas de la tercera edad.*  
*México ante los desafíos del envejecimiento,*  
se terminó de imprimir el 3 de julio de 2013,  
la producción estuvo al cuidado de mc editores,  
Selva 53-204, colonia Insurgentes Cuiculco, 04530,  
México, Distrito Federal, 5665 7163,  
mceditores@hotmail.com. La edición consta de  
1 000 ejemplares más sobrantes para reposición.

