



Entreciencias: diálogos en la Sociedad  
del Conocimiento

E-ISSN: 2007-8064

entreciencias@enes.unam.mx

Universidad Nacional Autónoma de

México

México

García Ramírez, José Carlos

Diagnóstico situacional del envejecimiento en México desde los derechos humanos y la  
política pública

Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento, vol. 4, núm. 10, agosto-  
noviembre, 2016, pp. 243-262

Universidad Nacional Autónoma de México

León, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457646537006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## Diagnóstico situacional del envejecimiento en México desde los derechos humanos y la política pública

### Situational diagnosis of aging in Mexico from human rights to public policy

Recibido: 7 de octubre de 2015; aceptado: 31 de mayo de 2016

José Carlos García Ramírez<sup>1</sup>

Universidad Estatal del Valle de Toluca

#### Resumen

El presente artículo pretende invitar al lector a reflexionar desde tres niveles sobre la situación del envejecimiento: 1) explicar algunos conceptos gerontológicos; 2) mencionar algunas características del envejecimiento poblacional en México; y, 3) exponer las ventajas de los derechos humanos y la política pública como dos horizontes esenciales en la reflexión gerontológica. En nuestro ensayo sostenemos que los derechos humanos son clave fundamental para reinterpretar los problemas del envejecimiento, las responsabilidades del Estado y los desafíos que están asumiendo las familias. Finalmente, se señalan algunas recomendaciones en la materia.

*Palabras clave: Envejecimiento, salud pública, derechos humanos y política pública.*

#### Abstract

This article is intended for the reader to reflect on the situation of aging in three levels: 1) offer an explanation some gerontological concepts; 2) note some characteristics of population aging in Mexico; and 3) set forth the advantages of considering human rights and public policy as two essential horizons in gerontological reflection. This study argues that human rights are key factor to reinterpret the problems of aging, State responsibilities and challenges assumed by families. Finally, some suggestions for future research will be rendered.

*Keywords: Aging, public health, human rights and public policy.*

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno global del envejecimiento tiene implicaciones en las políticas de salud, la economía, la cultura, la ecología y en el desarrollo urbano y rural. En la Unión Europea, las estrategias de prevención y de planeamiento de atención a la sector poblacional más longeva se han traducido en oportunidades y beneficios sociales (aunque siempre está latente el riesgo de modificarlas).

En México, el problema principal es que no existe una política gerontológica<sup>2</sup> o bien, una política nacional de envejecimiento que sea transexenal y sostenible: sólo se ha limitado a crear programas paliativos de corte institucional en los que no se ha logrado garantizar un esquema de bienestar sustentable.

En la presente contribución, ahondaré de manera

<sup>1</sup> Es doctor en Humanidades por la Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa. Tiene estudios en Políticas Públicas por la Universidad de Washington. Es autor de los libros *La vejez. El grito de los olvidados* (2003), *Los derechos y los años. Otro modo de pensar y hacer política en Latinoamérica: los adultos mayores* (2006) y es coordinador del ensayo gerontológico internacional titulado *Envejecimiento mundial y desafío regional. Nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos* (2012). Ha participado como profesor invitado en Universidades de Alemania, Turquía, Estados Unidos, Argentina y Colombia. De 1990 a 1995 participó en campañas de alfabetización para adultos mayores en la Ciudad de México. De 2007 a 2008 participó en las jornadas también de alfabetización y derechos civiles con mujeres hispanas recluidas en el Federal Detention Center (Cárcel Federal) en Seattle, Washington, Estados Unidos. Actualmente labora en la Universidad Estatal del Valle de Toluca. Pertenece a la Association for Philosophy and Liberation (Asociación de Filosofía y Liberación) y a la red del Kompetenzzentrum Alter (Centro de Competencias de la Vejez) del Institut für Gerontologie (Instituto de Gerontología) de la Universidad de Heidelberg, Alemania.

<sup>2</sup> Por "gerontología" se entiende una disciplina científica que aborda las problemáticas sobre el envejecimiento humano (en términos de salud, cambios demográficos, seguridad social y económica), la vejez (perspectivas histórico-culturales y político-económicas) y adultos mayores (programas de atención, campañas de promoción a la salud, redes de apoyo y grupos de participación ciudadana). Actualmente existen en México ocho universidades públicas que cuentan con la licenciatura en Gerontología. Es una disciplina emergente y en proceso de consolidación. Una política gerontológica sería aquella que pretendería abordar de manera integral los aspectos biopsicosociales del adulto mayor, a partir de su contexto cultural y determinaciones económico-políticas. La gerontología es complementaria de la geriatría. La geriatría es una especialidad médica; la gerontología, un entramado multidisciplinario. Véase Moragas-Moragas (2007); García (2008).

indicativa en lo siguiente: 1) discerniré sobre algunos conceptos que están en juego en el debate gerontológico mundial; 2) mencionaré algunas características del envejecimiento poblacional en México; 3) examinaré las ventajas de reconsiderar a los derechos humanos y a la política pública como dos horizontes esenciales en la reflexión gerontológica. El presente estudio sostiene que la resignificación de los derechos humanos es una clave fundamental para reinterpretar los problemas del envejecimiento, las responsabilidades del Estado y los deberes que se ciernen en las estructuras formales de atención a la salud (sistema de cuidados) y los desafíos que están enfrentando las familias. El análisis metodológico será contextual, en algunos momentos descriptivo y hermenéutico de los datos empíricos expuestos y utilizaré, *grosso modo*, recursos cuantitativos de corte demográfico y proyectivo.

## GENERALIDAD CONCEPTUAL

En la presente investigación sólo se expondrá, de manera general, algunas categorías que, en las áreas de la salud pública y las ciencias sociales, representan los escenarios de la discusión teórica y del debate sobre la orientación de las políticas sobre envejecimiento.

La vejez es un modo de ser o una etapa de la vida del desarrollo humano. La categoría de “vejez” habitualmente es interpretada a partir de contextos histórico-culturales, roles sociales y dinámicas familiares (Minois, 1997; Thane, 2001). Es importante recalcar que esta etapa de la vida es heterogénea y que no sólo está en función de la edad, sino también de contextos culturales. Discernir sobre la vejez contribuye a comprender los diversos modos en lo que los grupos humanos envejecen, planifican y asumen su envejecimiento.

En cuanto al concepto “envejecimiento”, presupone un nivel de mayor complejidad donde las reflexiones sobre la vejez aparecen como insumos insuficientes. El verbo transitivo de “envejecer” significa “hacerse viejo” o “durar mucho tiempo”. El “envejecimiento” es una explicación de cómo y por qué se envejece y también de cuál es su proceso y consecuencia (García, 2012). Para poder dar cuenta de este proceso, se echa mano de las ciencias médico-biológicas, de las tecnologías para la salud, de la hermenéutica sobre la cultura, de las cien-

cias demográficas, la economía, la administración y de lo jurídico-político. Para la ciencia, “vejez” y “envejecimiento” forman parte de un mismo proceso biológico. “La vejez y el envejecimiento no se contraponen, sino que se complementan según los objetivos de las investigaciones” (García, 2006a, p. 54).

A mediados del siglo XVIII, por razones económicas y laborales, se procedió a la división de edades. Con el inicio de la Revolución Industrial europea la división social del trabajo implicó la división de las edades a partir de la funcionalidad productiva. Ese acontecimiento histórico definió dos cosas: por una parte, una perspectiva economicista del ciclo de la vida, la cual es asociada a valores de productividad o improductividad y, por otra parte, la estandarización de la edad productiva según condicionantes de la salud (Schott, 1994; Sen, 2001).

Los estudios del envejecimiento en la actualidad están determinados por tres procesos estrechamente interconectados:

- 1) Transición epidemiológica: cambios en la salud, prevalencia de morbilidad, índices de mortandad y cobertura institucional de los cuidados preventivos y prolongados para dependientes (Ham-Chande, 2003).
- 2) Transición demográfica y envejecimiento poblacional: tránsito de grupos etáreos, distribución, volumen y densidad poblacional (Ham, 2003).
- 3) Transiciones económicas e intergeneracionales: distribución productiva, montos de ingresos, cambios en los regímenes jubilatorios, migración, arreglos residenciales, transferencias económicas (padres-hijos-nietos) y estructura familiar (Lam, 1983; Palloni y DeVos, 1992; Lee, 1994, 1995; Uthoff, 1997; Légaré, 1998; Orzag y Stiglitz, 1999; Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2001).

Los derechos humanos son los criterios éticos imprescindibles: cifran las condiciones de posibilidad que permiten defender la condición humana y asegurar su reproducción. Los derechos humanos pueden y deben ser indicadores reguladores de toda política y acción institucional o individual. Los derechos surgen como ideario orientado a la protección y defensa del ser humano, y los adultos mayores no pueden quedar al margen, pues, de lo contrario, los estaríamos excluyendo del sistema de protecciones y libertades jurídicas.

Existe un debate sobre la conceptualización de la

categoría de “política pública”. De entrada, suele ser entendida como un conjunto de acciones programadas y administradas de manera “vertical” por el Estado y en la cual se plantean estrategias para atender las múltiples necesidades (en términos de salud, educación, empleo, vivienda, derechos y libertades públicas, entre otras) de la sociedad. Sin embargo, también la política pública puede ser interpretada como un proceso diseñado no solamente por las estructuras institucionales o de gobierno, sino también por otras esferas sociales como los cuerpos académicos expertos, iniciativa privada pero ante todo se requiere de la participación de los afectados o interesados directos. La política pública es de tipo “horizontal”, donde la participación simétrica de los afectados o beneficiarios de un bien público representa un ejercicio democrático y legítimo (García, 2006b).

En el diseño e implementación de las políticas públicas, pueden intervenir conjuntamente la sociedad civil, las entidades privadas y las instancias gubernamentales en sus distintos niveles. Las políticas públicas exigen generar análisis serios y responsables sobre la realidad material (histórico-social) para generar planeamientos, mecanismos de gestión, procedimientos de implementación, monitorización de resultados y evaluación integral del proceso. Obviamente, en política pública la confrontación entre principios universales y principios particulares representa un debate político-ideológico y económico-administrativo. El “principio universal” implica que un bien público sea distribuido en todos los beneficiarios sin distinción alguna (población abierta). Los “principios particulares” definen la relatividad del beneficio (sectorización o focalización).

En materia de envejecimiento, la Organización de Naciones Unidas señala que lo sustantivo en las políticas públicas es promover e incentivar la participación de la gente mayor en las estrategias que tengan que ver con la resolución de sus demandas públicas relevantes: escuchar a los interesados y darles la oportunidad de intervenir sobre los asuntos a resolver, constituye un elemento democrático a través del cual se logre justicia social y equidad. En otras palabras, las personas adultas mayores, según las recomendación internacional de la ONU, deben y pueden ser partícipes en la construcción de consensos para delinear, conjuntamente, acciones institucionales traducidas en beneficios sociales (ONU, 2003; Villareal, 2006; García, 2006b).

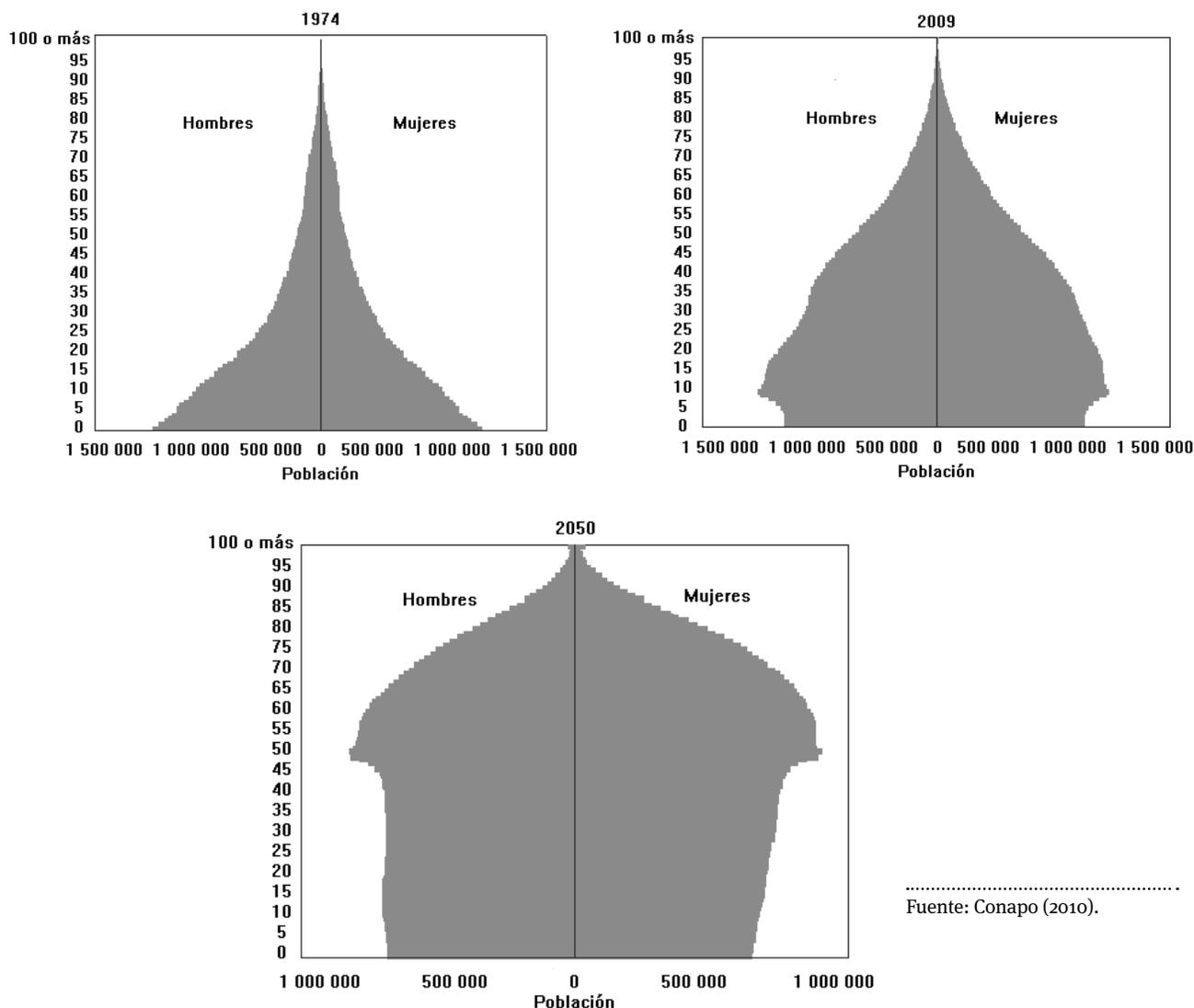
## BREVE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población [Conapo] (2010) al 1 de junio de 2012 la población de 60 años o más era de 10 millones 889 mil 476. Para el 1 de junio de 2013 se calculó en 11 millones 264 mil 358. Para 2015 era de 13 millones 458 mil 229. Entre esas tres fechas hubo un incremento porcentual de 1.7% anual. La tasa de envejecimiento poblacional mexicana, como en cualquier parte del mundo tiene un patrón de crecimiento acelerado (excepto en varios países de África como Ghana, Etiopía, Burundi, Gabón y Botswana, donde la expectativa de vida oscila entre los 35 y 50 años de edad). En México, tan sólo se puede ver la inversión de la pirámide poblacional: si en la década de 1970 el mayor volumen del bono demográfico lo representaba las edades de 5 a 30 años promedio, para 2050 se aprecia dicho volumen oscilará entre los 50 a 70 años de edad. Cabe destacar que las mujeres son las que tienen mayor expectativa de vida (78 años) que los varones (74 años). En el gráfico 1, se puede apreciar el proceso de envejecimiento “moderado” que guarda la población mexicana.

Los impactos del envejecimiento, calculados demográficamente, permiten inferir que las demandas de los grupos de edad avanzada vayan en incremento y se dirijan, por lo menos, a cinco áreas interconectadas entre sí: 1) salud: en los tres niveles de atención: medicina familiar, especialidades y rehabilitación; 2) protecciones sociales: esto debido a que la seguridad económica, es decir, las jubilaciones y pensiones tienden a desaparecer en el futuro mediato; 3) entornos propicios y favorables: medio ambiente, familia y desafíos ante la discriminación y violencia; 4) disposiciones residenciales: movilidad para cohabitar en residencias familiares u otro tipo de alojamientos, así como también tendencias migratorias; y, 5) educación: formación de profesionales en gerontología (Moreno y García, 2010).

El proceso del envejecimiento mexicano es heterogéneo: en cuanto a edades, situación socioeconómica, procedencia étnica, residencia, calidad de vida, nivel educacional, entre otros. Un dato que vale la pena reflexionar es la problemática migratoria, la cual se ha hecho notar en las zonas rurales. Las causales del proceso migratorio relacionado con la tasa de envejecimiento han sido el éxodo a los Estados Unidos y algunas ciudades de

**Gráfico 1. Pirámides poblacionales de México en retrospectiva y prospectiva (1974, 2009, 2050)**



Fuente: Conapo (2010).

la República Mexicana, de la población joven y adulta (en edad productiva), y el declive de la agricultura como principal elemento generador de riqueza. Eso ha causado un cambio en la composición familiar, en las relaciones comunitarias, en la distribución de las responsabilidades intrafamiliares, en los usos y costumbres de la población y en las diversas formas de organización política en los municipios que muchas veces no saben cómo interpretar dicha problemática. En el cuadro 1 se percibe el alarmante déficit de la población activa en las regiones de país.

Las predicciones demográficas no solamente son datos numéricos vertidos en libros y conferencias. Más bien, se trata de cuantificaciones que sirven para dos cosas:

para medir consecuencias e impactos en todos los ámbitos de la sociedad y para interpelar a los agentes que deciden en las instituciones de que las cuestiones del envejecimiento y las problemáticas gerontológicas son una prioridad que deben ser incorporadas en planes de desarrollo y bienestar nacional (Moragas-Moragas, 1991).

El “bono demográfico” es definido como la capacidad potencial que tiene un grupo de edad (en esta caso aquellos que están en el rango de 14–64 años) en cuanto a productividad e independencia. En México, actualmente se está desperdiciando ese bono demográfico, ya que los índices de empleo están en una fase deficitaria. Sin

**Cuadro 1. Indicadores sociodemográficos por región migratoria (1970, 2000)**

Región Migratoria	Población de 60 años y más		Tasa bruta de natalidad		Tasa bruta de mortalidad		Esperanza de vida		Tasa neta de migración	
	1970	2000	1970	2000	1970	2000	1970	2000	1970	2000
Nacional	5.6	7.1	44.2	23.7	10.1	4.7	60.9	75.3		
Región tradicional										
Aguascalientes	6.1	6.2	50.4	26.1	11.1	4.1	63.3	76.4	-17.8	76.0
Colima	5.6	7.0	45.7	22.6	10.0	4.9	60.8	76.4	32.1	112.3
Durango	5.7	7.8	46.3	25.1	7.3	4.8	66.2	74.8	-48.6	-196.1
Guanajuato	6.1	7.1	45.2	25.9	12.1	4.7	60.7	75.1	-38.6	-60.0
Jalisco	6.1	7.5	45.6	23.7	10.1	4.8	62.7	76.3	4.9	17.3
Michoacán	6.2	8.2	47.3	24.8	8.6	5.2	63.5	74.8	-68.7	-144.6
Nayarit	5.7	8.5	45.9	22.9	8.2	5.1	63.5	75.2	-3.0	-56.4
San Luis Potosí	6.4	8.1	47.7	25.2	11.1	5.1	59.5	74.2	-52.5	-164.1
Zacatecas	6.2	8.7	47.8	24.7	9.7	5.4	63.8	74.4	-98.2	-293.7
Región frontera										
Baja California	4.1	5.2	43.2	24.9	7.9	3.6	65.4	76.3	87.9	361.3
Baja California Sur	5.3	5.8	44.4	23.0	6.3	3.9	68.3	76.3	55.4	258.4
Coahuila	5.7	7.0	51.0	23.5	10.3	4.3	63.8	76.2	-20.6	-46.8
Chihuahua	5.2	6.9	40.9	24.0	8.7	4.2	63.8	75.8	-1.9	105.3
Nuevo León	5.5	7.2	43.4	21.5	7.3	4.3	67.2	76.8	53.7	156.2
Sinaloa	5.1	7.3	51.2	23.3	6.7	4.6	66.4	75.4	7.6	-65.2
Sonora	4.9	7.1	46.0	23.5	8.1	4.4	64.9	76.1	8.4	67.0
Tamaulipas	5.7	7.5	39.5	23.1	7.4	4.6	66.3	75.5	11.6	111.9
Región Centro										
Distrito Federal	5.3	8.5	42.8	18.4	9.5	4.9	63.8	77.2	32.1	-305.6
Guerrero	5.5	7.5	47.7	28.2	8.2	5.3	59.6	73.3	-43.1	-158.6
Hidalgo	6.0	7.6	47.2	23.7	12.0	5.0	56.4	74.2	-53.1	-135.9
México	4.7	5.4	36.7	23.1	10.2	3.9	59.4	76.3	114.3	336.3
Morelos	6.2	7.7	42.5	23.2	8.4	4.8	62.0	75.9	42.7	184.6
Oaxaca	6.4	8.4	40.6	25.4	14.0	5.5	50.9	72.5	-45.6	-186.8
Puebla	6.5	7.4	47.3	25.4	14.4	5.0	54.7	74.1	-28.0	-88.4
Querétaro	6.2	6.0	49.8	24.9	11.8	4.2	59.6	75.3	-23.8	78.3
Tlaxcala	7.0	7.2	53.2	24.5	13.5	4.7	59.1	75.4	-44.8	-44.6
Región Sureste										
Campeche	5.5	6.6	45.3	24.7	7.7	4.5	64.8	74.4	30.6	96.9
Chiapas	4.7	5.4	38.3	27.9	11.1	4.5	53.0	72.4	-14.7	-54.5
Quintana Roo	3.9	3.7	60.7	25.8	4.9	3.1	66.0	75.7	167.4	515.6
Tabasco	4.8	5.8	44.2	24.6	8.6	4.2	61.1	75.0	-3.5	-30.0
Veracruz	5.4	8.0	34.9	22.9	9.9	5.2	59.3	74.0	-4.2	-104.4
Yucatán	7.0	7.1	44.3	23.7	9.9	4.7	63.8	75.3	-36.6	-95.6

Fuente: elaboración propia con base en Ramírez (2013).

embargo, las cargas de dependencia de adultos mayores parecieran descansar sobre las edades jóvenes y adultas, pero en realidad, existen casos que documentan que son los miembros más jóvenes quienes descargan algunas de sus necesidades en los abuelos o padres adultos mayores

(las formas de apoyo pueden ser a través de recursos económicos provenientes de la jubilación o pensión o bien, del uso de bienes patrimoniales como es el departamento, el terreno o la casa).

Para poder englobar de manera indicativa la complejidad del envejecimiento en México, solamente elucidaré algunos puntos para luego pasar al tema de los derechos humanos y la política pública.

### Servicios de salud: los rezagos

La crisis del sistema de salud en México comenzó desde hace por lo menos tres décadas. Nos guste o no, las crisis institucionales siempre van acompañadas de la pobreza, la marginalidad y el rezago en cuanto a la cobertura, la eficiencia y la calidad de los servicios ofertados por las instituciones (North, 1993). En los últimos treinta años, una de las expresiones más sobresalientes en México es la gran desigualdad social en la distribución del ingreso y en la existencia de más de 50 millones de mexicanos viviendo en condiciones de pobreza (Lustig y Székely, 1997; Banco Mundial,<sup>3</sup> 2015) que han venido impactando la salud, especialmente de adultos mayores como bien indica Julio Frenk (1997). Desde entonces, las políticas de salud para ellos han venido reconfigurándose a partir de estándares de calidad meramente administrativos o burocráticos y no tanto en beneficio de ese grupo etario.

En materia gerontológica, solamente las instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado [ISSSTE] y Petróleos Mexicanos (Pemex), brindan atención a 16% de los poco más de 10.5 millones de personas de 60 años y más (INEGI, 2010). Cabe destacar que en 2015 dicho sector poblacional oscilaba poco más de los 13 millones; 74% restante son población objetivo del Seguro Popular. Sin embargo, dentro del esquema del Seguro Popular no existe un plan de atención estrictamente gerontológico que muy

bien (si hubiese voluntad política,<sup>4</sup> racionalidad en los esquemas de planeamiento y ética de la responsabilidad) podría implementarse.

El gráfico 2 refleja indicadores de la población abierta incorporada en algún programa de salud para no asegurados. La población aludida no cuenta con un trabajo formal (pensando en la población económicamente activa) ya sea en el sector público o el privado y que por lo tanto no están asegurados.

La insuficiencia de los programas de salud destinados hacia adultos mayores, experimenta no solamente rezagos en la cobertura, aumento de ese grupo etario o, demanda de servicios y sesgos en las perspectivas sobre el envejecimiento y la vejez, sino, también, aumento de las causales, incidencias y prevalencia de enfermedades. Hablar de la salud en adultos mayores significa atender las cuestiones epidemiológicas que están incrementándose y generando “gastos catastróficos”<sup>5</sup> en la familia.

Recientemente la Comisión para América Latina y el Caribe [Cepal], dio a conocer un informe de la población senecta en la región latinoamericana y caribeña y en el cual se indica, entre otras cosas, que el nivel de morbilidad y dependencia están aumentando en la población anciana. Paralelamente indica que las instituciones de salud pública, tienden a disminuir su cobertura (Cepal, 2013). Las familias se están convirtiendo en el reducto último donde se estará descargando los cuidados básicos y de rehabilitación que las instancias sanitarias, principalmente públicas, no puedan absorber. Eso significa que el Estado, al desobligarse gradualmente de

<sup>4</sup> Como en muchas instituciones públicas, a veces el problema no es sólo la falta de subsidios económicos, sino la ausencia de transparencia en el uso de los recursos y su precaria administración y planeamiento que estimulan la corrupción. Se ha destacado que los recursos para el Seguro Popular se triplicaron. Si en 2006 recibió 18 mil millones de pesos, para 2010 fueron 52 mil millones. Incluso, a finales de marzo, el Banco Mundial aprobó un préstamo por mil 250 millones de dólares a México para que el Seguro Popular “sea más eficiente en su administración” y llegue a más población. Incluso, datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE] (2008) muestran que México aumentó su gasto en salud. En 2000 destinaba 4.4% del Producto Interno Bruto (PIB) y en 2007 el porcentaje fue de 5.9%. Países como Polonia invierten 6.4% de su PIB.

<sup>5</sup> Se entiende por “gasto catastrófico” los desembolsos económicos no planeados que hacen las familias o el afectado para pagar servicios médicos o de salud poniendo en riesgo de empobrecimiento a los hogares. El gasto catastrófico es la combinación entre gasto en salud (GS), capacidad de pago (CP) y el ingreso financiero de los hogares (IFH). Entonces tenemos la siguiente ecuación:

$$IFH = GS/CP$$

El IFH es importante para calcular el gasto catastrófico el cual se obtiene la siguiente manera:

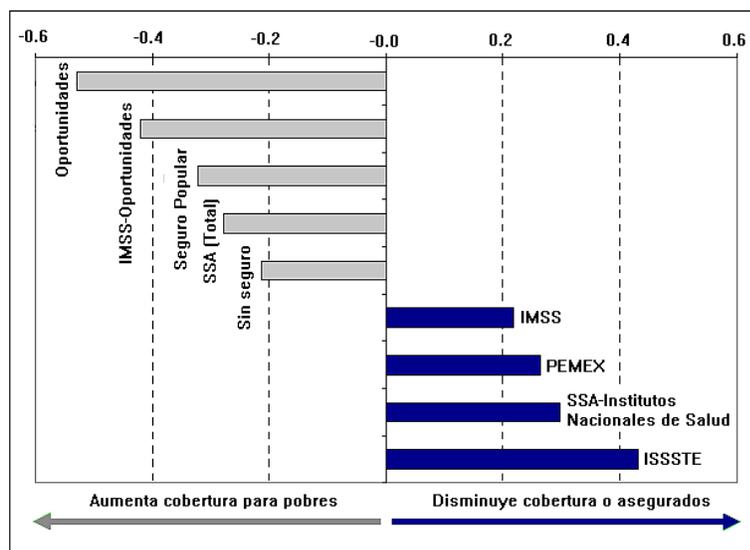
$$\text{Gasto catastrófico} = \frac{\text{Gasto mensual en la salud}}{\text{Recursos disponible}}$$

donde,

Recursos disponibles = Gasto total – (Gasto en alimentos + Gasto en vivienda)

<sup>3</sup> Para asomarnos un poco a los indicadores reportados por el Banco Mundial, se estima que la crisis económica empujará a la pobreza a 10.4 millones de latinoamericanos más. El informe, concluido en agosto y publicado en 2015, indica que la crisis económica provocará que la tasa de pobreza en la región aumente este año en 10.4 millones de personas respecto de 2014. En cuanto a las personas de 60 años y más, la tasa de empobrecimiento económico va en aumento. De 13.5 millones de adultos mayores en México tan sólo 18% goza de una jubilación o pensión. Mientras que el restante carece de seguridad económica y social. Sólo 34% a nivel nacional están dados de alta en algún padrón de despensa alimentaria. Se estima que para 2025 la tasa de envejecimiento poblacional alcanzará 19.5 millones de personas de 60 años y más

**Gráfico 2. Coeficientes de concentración de usuarios población abierta y asegurados en los diferentes programas de salud brindados en México (2002, 2004, 2005, 2008)**



Fuente: elaboración propia con base en datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares [ENIGH] (2002, 2004, 2008); Scott (2005).

sus responsabilidades constitucionales (Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos) para con la población anciana, dichas responsabilidades las va descargando en las familias. La familia es así el principal soporte de cuidados, atención y proveedor de medicamentos.

El estado actual de salud en la población adulta mayor mexicana reporta que la prevención es menor a la incidencia y prevalencia de enfermedades. Los factores de riesgo cada día aumentan porque las personas envejecidas van perdiendo control sobre su salud. A eso le agregamos que las condiciones de vida están deteriorando sus estilos y calidad de vivir. Los gastos en atención médica y medicamentos se están convirtiendo en una causal del empobrecimiento acelerado y del incremento de la morbilidad (OPS, 1991; 2010). Las personas mayores gastan más dinero (cuando se tiene) en salud porque las enfermedades se incrementan y se combinan de manera compleja.

En una monitorización situacional realizada del 16 de enero al 16 abril de 2015 en veinte clínicas y diez hospitales públicos (ISSSTE, IMSS y clínicas del Seguro Popular) en Nuevo León, Michoacán, Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Estado de México, Distrito Federal, Guerrero,

Oaxaca y Chiapas, detecté que éstos se enfocan en la prevención de enfermedades infecciosas y en terapias agudas, curiosamente, en etapas previas a la vejez. Eso significa que la accesibilidad a los servicios de salud pública, son cada vez más restringidos cuando la demanda ha rebasado la oferta de servicios sanitarios.

### Envejecimiento y pobreza

Para analizar la crisis de los esquemas de protección social hacia los adultos mayores en México (refiriéndonos principalmente al tema de las pensiones), hay que partir del análisis contextual económico y de la dinámica del mercado laboral. Como evidencia, tenemos que dicha crisis que va profundizándose tiene que ver con la falta de empleo protegido: mientras exista menor empleo menores serán los aportes de trabajadores a las instituciones y las crisis financieras seguirán avanzando. Otro problema es que el sistema de organización económica se ha orientado a privilegiar la capitalización individual de administración privada donde los recursos obtenidos por las cotizaciones de los trabajadores se están canalizando hacia el mercado financiero (bursátil), es decir, a

la compra de acciones o bonos gubernamentales que, lo peor aún, reportan constantemente pérdidas y, por tanto, perjudican a la seguridad social y en especial al sistema de jubilación y pensión. Tan sólo 37% de trabajadores de la población ocupada cuenta con servicios de salud y prestaciones sociales (Ramírez y Ham-Chande, 2006).

Las reformas al sistema de jubilación en México (ISSSTE e IMSS) y las reformas de seguridad social anunciadas desde hace por lo menos 10 años, bajo el esquema de las administradoras privadas para el retiro (Afores) y el uso de los fondos de pensiones utilizados en inversiones especulativas (mercados de valores), han dado como resultado saldos magros aumentando la inseguridad social. Los ahorros de los trabajadores decrecen y las ganancias de las administradoras aumentan (Wong, Espinoza y Palloni, 2007).

La Seguridad Social en México incluye a los seguros sociales y a los programas públicos orientados a mejorar el bienestar de las personas dentro de los que destaca los de atención a la salud. Pretende cobertura universal mediante financiamiento diverso, fundamentalmente de carácter público. Las instituciones que brindan seguridad social, como ya lo indicamos anteriormente, son la Secretaría de Salud, los servicios médicos estatales y municipales, los programas sociales focales, como lo han sido Solidaridad, Progresá, Oportunidades y ahora Seguro Popular.

De la población mexicana, 58.7% no tiene seguridad social (Soria, 2009) y año con año este porcentaje crece debido al incremento del empleo informal y sin prestaciones (como lo viene realizando el nuevo esquema laboral llamado *outsourcing*). Es necesario que se refuerce la creación de empleos protegidos. De 2001 a 2004, y de acuerdo con la información de la Encuesta Nacional de Empleo (2007), el porcentaje de población ocupada con prestaciones disminuyó del 38.6% a 37.1%. De este último año y dividido por sexo, 60% de los que tienen prestaciones son hombres y 39% son mujeres. Considerando a la encuesta de ocupación y empleo, para el último trimestre de 2006 sólo 33.8% de la población ocupada tenía acceso a instituciones de salud y otras prestaciones de seguridad social (Ramírez, 2000).

El tema de la pobreza en adultos mayores no es una simple cuestión que moralmente genere resignación, ni mucho menos es producto de la “mala suerte” como lo cree el teórico social Jon Elster (1999). La cuestión central

es que la pobreza es un resultado histórico que determina la historia de vida de los individuos. Al llegar la persona a la edad avanzada en situación de vulnerabilidad o precariedad, es decir, donde no tuvo un empleo formal (seguridad económica), ni tampoco oportunidades para su desarrollo, no contó con algún beneficio social (ausencia de criterios de distribución de las políticas sociales), ni mucho menos se favoreció de alguna transferencia familiar, obviamente que el resultado es catastrófico para esa persona. Incluso, otra valoración sobre la pobreza es aquella que indica que ésta se basa en la capacidad de consumo del individuo. Al no contar con dinero, es porque no se tiene y si no se cuenta con ese medio, es porque no se trabajó, no se ahorró o simplemente porque es insuficiente para comprar, por ejemplo, alimentos o medicina (Skoufias, Davis y Behrman, 1999). Si alguien no cuenta con la capacidad de compra mínima para subsistir, no es porque sea un problema de preferencias, sino porque se trata de un problema de injusticia distributiva y de ausencia de equidad y oportunidades.

En México, en los últimos diez años, los Gobiernos en turno han establecido una serie de principios de intervención en materia de envejecimiento. Se han enfocado básicamente a la ampliación de cobertura por parte de las instituciones de salud, especialmente en el primer nivel de atención (medicina general) para personas de 70 años y más. De la misma manera se han implementado en algunas entidades federativas estímulos económicos y despensas para personas por encima de los 70 años. El asunto es que las ayudas focalizadas habitualmente han sido manipuladas por servidores públicos que las utilizan como medios de cooptación política, para favorecer la imagen de algún político y como medio para inducir al votante (adulto mayor y familiares) en tiempos electorales.

### **Tendencia residencial, familia y educación**

El envejecimiento en México, como en cualquier parte del mundo, es heterogéneo (Wong *et al.*, 2007). En cuanto al envejecimiento según procedencia o residencia, 47.8% de la población mayor de 60 años, se encuentra localizada

en zona urbana,<sup>6</sup> mientras que 52.2 en área mixta o rural<sup>7</sup> (Conapo, 2000). Dentro del rango de población adulta mayor rural se encuentra otro sector poco estudiado y son los pueblos indígenas o autóctonos (Domínguez y Reyes, 2010).<sup>8</sup> 11% de la población nacional pertenece al sector indígena; 2.1% representan las personas de 60 años y más (Conapo, 2010). El sureste de México es el que cuenta con mayor población étnica. Las enfermedades crónico degenerativas más prevalentes son las de tipo nutricional, articulares y descalcificación de los huesos. Las mujeres son quienes tienen mayor expectativa de vida y constituyen un sector productivo importante en la familia. Pues a pesar de que suelen hacerse cargo de los cuidados del esposo cuando éste enferma, se dedican a las labores del hogar (realizando los alimentos para la familia, cuidando la cría de animales (aves de corral, principalmente) y en ocasiones trabajan en la milpa (siembra o cosecha). La composición familiar tradicionalmente está formada por abuelos, padres e hijos (Mayer, 2010).

La mayoría de los pueblos indígenas cuentan con usos y costumbres bien definidos. Por ejemplo, casi la mayoría tiene su Consejo de Ancianos. Un dato relevante en cuanto a la modificación de las relaciones comunitarias indígenas es que la figura político-moral del Consejo de Ancianos hoy en día ha sido desplazada por otra figura político-administrativa llamada “Comisariado ejidal y de bienes comunales”. Ese cambio ha permitido que la referencialidad a los ancianos y ancianas se esté perdiendo, al mismo tiempo que las tradiciones, el parentesco, las relaciones intergeneracionales y los valores morales que sirven para la cohesión de la comunidad.

El reporte de la Organización de las Naciones Unidas (2001) ya había indicado, entre otras cosas, que, según investigaciones realizadas en diferentes comunidades étnicas como en África, China, India y América Latina (México y Guatemala), apuntan a reconsiderar las tradiciones y las transferencias de legados culturales de tipo intergeneracional, es decir, revalorar los aspectos de la

idiosincrasia de las comunidades indígenas contrapuestas a los procesos de modernización. En las comunidades indígenas, la fuerza de los valores anclados en la tradición del reconocimiento a los ancianos y ancianas es de vital importancia para reconfigurar el nuevo rol de las personas envejecidas en un contexto socioeconómico y político-cultural que tiende a invisibilizar (Sokolovsky, 2001).<sup>9</sup>

En cuanto a la estructura familiar en México, su descomposición tiende a incrementarse por muchas razones, pero especialmente por el problema del desempleo y las altas tasas de migración de la población joven hacia los Estados Unidos. En los estados del centro del país que reportan altos índices de migración como son los estados de Zacatecas, Michoacán, Jalisco, Durango, Puebla y Guanajuato, la estructura familiar se ha modificado significativamente (Wong *et al.*, 2007). En muchos hogares de esos estados que tienen una persona adulta mayor, se observa la siguiente dinámica sociofamiliar:

- a) Familias con hijos. Cuando el padre migra hacia Estados Unidos y con menor frecuencia a Canadá, la esposa se hace cargo de la familia y la manutención, si el migrante (indocumentado) encuentra un trabajo, corre a cargo de él.
- b) Familias con hijos y abuelos. Primero migra el padre y luego la esposa. Los hijos suelen ser atendidos por los abuelos. Entonces el hogar es un espacio intergeneracional abrupto donde la falta de intercambio de valores y responsabilidades por parte de los nietos se observa con frecuencia.
- c) Familias con abuelos y con nietos como cuidadores. Cuando la esposa y el esposo migran, los abuelos que son dependientes o requieren de alguna atención, los nietos (20-35 años de edad) son quienes se hacen cargo de los cuidados: aunque en el mayor de los casos éstos sean precarios y sin conocimientos o información adecuada para realizar dicha actividad informal.

<sup>6</sup> El Consejo Nacional de Población define 364 ciudades y conurbaciones (de 15 mil habitantes y más) en la fecha del levantamiento del XII Censo General de Población y Vivienda, 2000, México.

<sup>7</sup> Las localidades mixtas son aquellas unidades territoriales con un rango de población que va de 2 mil 500 a menos de 15 mil habitantes; mientras que las localidades rurales tienen menos de 2 mil 500 habitantes.

<sup>8</sup> La población indígena en México actualmente se identifica por los criterios de lenguaje, usos y costumbres, procesos económicos y de integración familiar tradicionales y por reconocimiento jurídico (en el caso de México por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 2).

<sup>9</sup> Sin embargo, para evitar idealizaciones sobre el “mundo indígena”, es importante mencionar algunos rasgos internos de la dinámica en esas comunidades. Por ejemplo, son varones quienes se hacen cargo de la vida pública o comunitaria, además asumen la jefatura del hogar. Mientras que las mujeres ancianas se responsabilizan de los quehaceres domésticos. En algunas localidades del estado de Oaxaca, la anciana es relegada de su rol social. Pues cuando ésta pretende realizar algún trámite administrativo o público siempre debe hacerse acompañar del esposo, hijo, nieto o del vecino (es decir, por varones) para que sea atendida por el representante comunal. Podríamos decir que, en la vida cotidiana de algunos pueblos indígenas, se reproducen estereotipos o estigmas, que independientemente de los respetables usos y costumbres, pueden ser discriminatorios y desiguales hacia la mujer anciana.

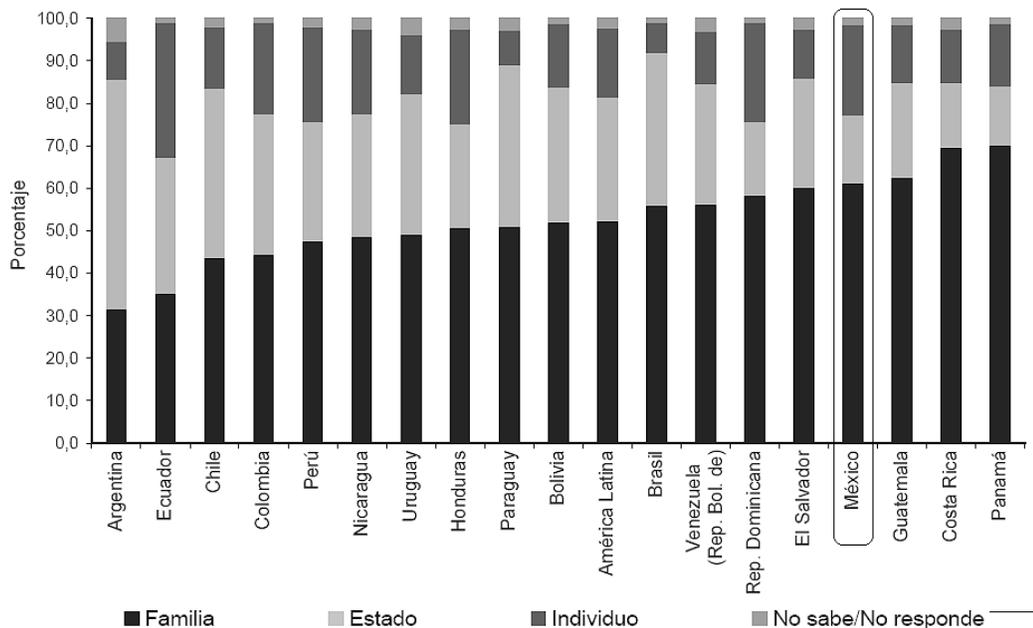
d) Familias en la que los padres son adultos mayores. Cuando los hijos en edad productiva migran y los padres en edad avanzada padecen alguna enfermedad, habitualmente éstos últimos son abandonados por los hijos. Puede darse la posibilidad que los hijos envíen recursos económicos a los padres que normalmente los invierten en la remodelación del hogar para cuando lleguen los hijos. Sin embargo, en un estudio elaborado por un grupo de trabajadores sociales del Gerontology Studies, de la Universidad de Washington en Estados Unidos arrojan datos interesantes sobre la calidad de vida de adultos mayores en localidades con población mexicana en el noreste. Las muestras empíricas se basaron en un estudio transversal con una población objetivo de 500 hogares con adultos mayores y con hijos migrantes. Un dato relevante es que un hijo en situación de empleo regular en Estados Unidos envía remesas (recursos económicos a los padres mensual o bimestralmente) entre 100 a 250 dólares. Habitualmente, los padres utilizan 50% del recurso para el mantenimiento de la casa, 20% para apoyo de los padres y el resto lo envían a la cuenta de

ahorro del hijo o la hija; 90% de la población rural anciana no cuenta con seguridad económica, por lo tanto, su situación social, económica y de salud es precaria: habitualmente viven en condiciones de abandono relativo.

La mayor presencia de esos hogares se explica por el aumento de la esperanza, las responsabilidades de hijos hacia abuelos de incluirlos en sus familias o cuando ocurre el deceso del abuelo a la abuela que, en ocasiones es incorporada a la familia nuclear, o bien, es alojada en un asilo y, en situaciones especiales (sobre todo cuando el anciano o anciana cuenta con recursos económicos) se aloja en residencias temporales para adultos mayores. También otros factores que provocan la modificación de los arreglos domésticos son la salida de los hijos, la muerte de la pareja, así como la inclusión de los padres sobrevivientes o el regreso de la descendencia.

Por otro lado, en el gráfico 2, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [Celade]-División de Población de la Cepal realizó un comparativo en América Latina sobre la percepción pública que se tiene de quién debe hacerse cargo de los cuidados de adultos mayores

**Gráfico 2. Opinión sobre quién es el responsable de asegurar buenas condiciones de vida para las personas adultas mayores**



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Cepal (2009).

y, al parecer, las tendencias oscilan entre las obligaciones de los Estados y las responsabilidades de la familia. Según la muestra, se observa que México se inclina por los cuidados suministrados por la familia.

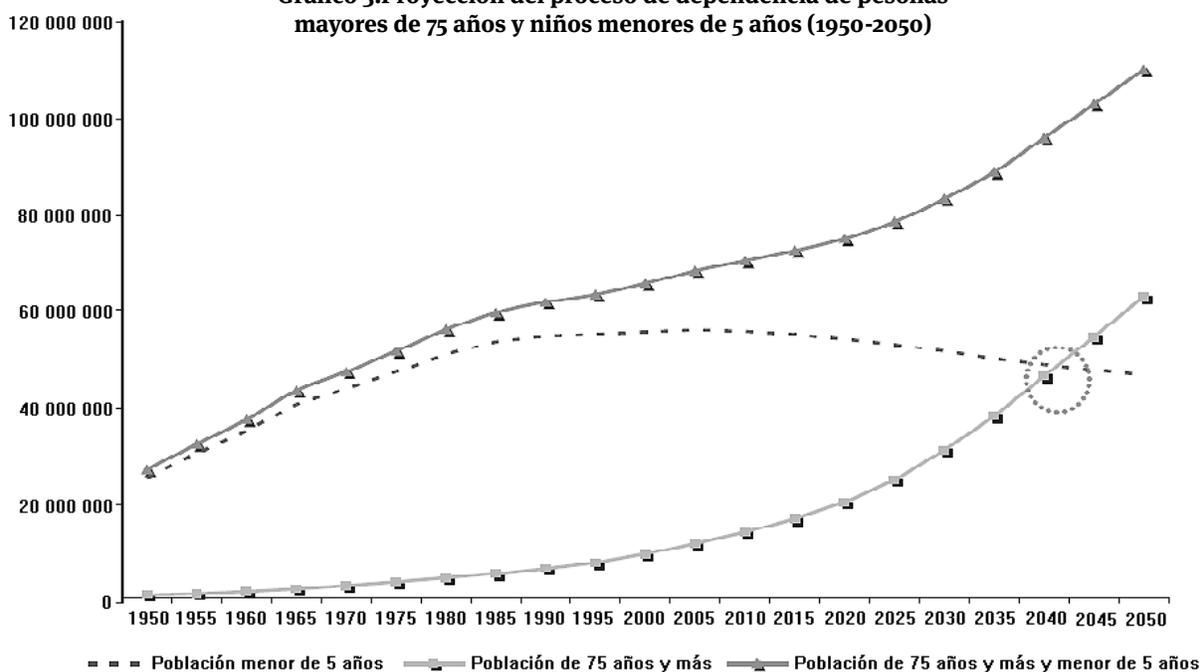
Interpretando la varianza de las respuestas nacionales de la gráfica anterior, se puede decir que en la mayoría de los países latinoamericanos considera que la familia son las responsables de los cuidados y bienestar de sus ancianos (como es el caso de México). Otros consideran (por ejemplo, Argentina) que la obligatoriedad de la atención del adulto mayor le compete principalmente al Estado. Para el caso mexicano pareciera ser que el problema del envejecimiento es una cuestión privada, doméstica (García, 2012). Para Argentina es ante todo un asunto público. Si la interpretación únicamente pondera el espacio familiar y doméstico, entonces se podría inferir que el Estado no tiene ninguna responsabilidad

de sus gobernados. Las proyecciones demuestran que la dependencia<sup>10</sup> de niños menores de 5 años y personas de 75 años y más, estarán constituyendo los grandes bloques de sujetos que requerirán de cuidados (ya sea temporales o prolongados) y que las políticas sociales irremediamente tendrán que enfrentarse a ese fenómeno ascendente.

Por su parte, en el gráfico 3 se muestra las líneas de ascenso de la dependencia y, por ende, los cuidados que se habrán de implementarse de manera urgente.

Como bien se puede observar en el gráfico 3, ante el aumento de la tasa de envejecimiento, éste también viene acompañado del incremento de enfermedades. Según informe del Instituto Nacional de Geriátrica,<sup>11</sup> en México, una proporción creciente de adultos mayores vive con dependencia, que en mayor o menor grado requiere de asistencia y cuidados cotidianos frecuentemente perma-

**Gráfico 3. Proyección del proceso de dependencia de personas mayores de 75 años y niños menores de 5 años (1950-2050)**



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-División de Población de la Cepal (2009).

(pública) para velar por la gente anciana. Esa perspectiva deficitaria del Estado con respecto a la vejez puede abonar, por ende, en su irresponsabilidad social.

En ese sentido, un Gobierno no puede omitir sus obligaciones de velar por el cuidado (en términos de salud, bienestar económico y ambientes naturales propicios)

<sup>10</sup> Por “dependencia” se entiende la situación de falta o pérdida de autonomía personal por múltiples causas (básicamente envejecimiento, pero también enfermedad, accidente, malformación congénita, entre otras) que afecta a los sujetos que necesitan la ayuda de una tercera persona para la realización de las actividades esenciales de la vida diaria (Sempere y Cavas, 2007).

<sup>11</sup> En el documento titulado “Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años”, se expone la tendencia del aumento de enfermedades en personas ancianas y se explica cómo la dependencia generada por las morbilidades y las discapacidades, potencialmente pueden generar de manera paulatina, un envejecimiento enfermizo. Dicho problema es una cuestión que el Estado mexicano debe afrontar e intervenir de manera urgente. De lo contrario, los costos de salud se encarecerán y la calidad de vida de muchos adultos mayores será paupérrima e indigna (Gutiérrez-Robledo, 2014).

nentes. Este incremento obedece, entre otras razones, a que la esperanza de vida saludable no ha aumentado en paralelo a la esperanza de vida al nacer, lo que resulta en el incremento del periodo en que los mexicanos viven con salud deteriorada, con frecuencia representada por la multimorbilidad y fragilidad expresada finalmente por la dependencia funcional. El asunto problematizador consistiría responder las preguntas: ¿si las políticas de salud, derivadas de las políticas sociales en turno, no invierten en infraestructura médica especializada, ni en recursos profesionales –geriatras, gerontólogos, enfermeros, etcétera–, cómo se va enfrentar el tema de los cuidados para adultos mayores?

### LOS DERECHOS HUMANOS DE CARA AL ENVEJECIMIENTO

Los derechos humanos en gerontología no hay que en-

tenderlos únicamente como simples guías de asesoramiento legal, sino como cuestiones de vida o muerte desde donde se exigen las protecciones sociales, políticas y económicas mínimas. Un planteamiento correcto que permite hablar de los derechos humanos es aquel desde el cual se argumenta señalando que la vida de la persona anciana por naturaleza tiene el derecho de ser respetada.

Los tiempos modernos enaltecen la juventud en función de la productividad económica, la maximización de las ganancias y la minimización de los costos o riesgos laborales generados por el aumento de edad. Todavía se perciben los temas referentes a la vejez como algo deficitario, aleatorio e irrelevante en las agendas pública y política (García, 2006b). No se ha querido reconocer los impactos de las transiciones demográfica, epidemiológica, migratoria y de arreglos residenciales. De la misma manera, se han abordado marginalmente los temas político-económicos fuertes: protección social y

**Cuadro 2. Denuncias contra dependencias de gobierno ejercidas por adultos mayores (1999-2010)**

No.	Dependencia de Gobierno	Cantidad de Denuncias	Tipo de Atenuante o Violación Cometida	Cantidad de Denuncias
1	IMSS	1,090	Negativa o inadecuada prestación del servicio público de salud.	314
2	ISSSTE	345	Falta de legalidad, honradez, imparcialidad, transparencia y eficiencia.	234
3	Órgano Administrativo Desconcentrado Prevención y Readaptación social de la SSPF	128	Prestación indebida del servicio público.	227
4	Comisión Federal de Electricidad	103	Incumplimiento de prestación de seguridad nacional.	114
5	Procuraduría General de la Republica	83	Negligencia médica.	108
6	Secretaría de la Defensa Nacional	71	Negativa al derecho de petición.	95
7	INFONAVIT	54	Ejercicio indebido del cargo.	68
8	Procuraduría Agraria	37	Dilación en el procedimiento administrativo.	61
9	Procuraduría Federal del Consumidor	33	No proporcionar atención médica.	61
10	PEMEX	22	No suministrar medicamentos.	45
11	INAPAM	20	Violación expedita a los derechos del adulto mayor.	43
12	Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	19	Trato cruel y/o degradante.	42
13	Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros	18	Detención arbitraria.	30
14	Procuraduría Federal de la Defensa del Trabajo	17	Cateo y visitas domiciliarias ilegales.	30
15	Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural y Alimentación	15	Incumplimiento con el pago de pensión.	27
16	SHCP	15	Obstaculizar o negar las prestaciones de seguridad social.	20

Fuente: elaboración propia con base en datos de Plascencia, 2010.

seguridad económica. Y muy poco se considera que el fundamento de los derechos humanos del adulto mayor es aquel que permite la reproducción de la vida en términos de seguridad económica, apoyo psicológico estable, cuidados profesionales y entornos libres de discriminación, maltrato y violencia.

En materia de derechos humanos, aunque ha habido avances institucionales por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], órgano rector del gobierno federal, sin embargo han sido insuficientes. Quizás porque la función de la CNDH es más de tipo procedimental, de fiscalización y de orientación, que de regulación e intervención en el sentido fuerte y estricto. Es decir, aunque se reconoce la preocupante desprotección institucional hacia adultos mayores, sin embargo, quedan esos aspectos pendientes de ser resueltos o de coadyuvar a resolverlos.

Lo mismo sucede con otra institución de suma importancia para México: el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [Conapred]. Las atribuciones del Conapred también quedan limitadas en las esferas de la promoción, la protección, la observancia y la recomendación, pero no interviene en situaciones de sanción directa ante abusos, maltratos o violencia cometidos hacia adultos mayores.

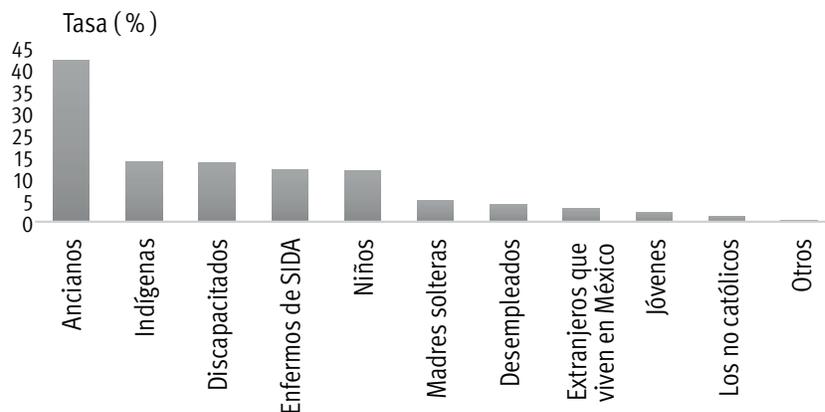
En lo que respecta a la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación, realizada por el Conapred en 2005, se señala que dentro de la diversidad social el grupo que ocupa los primeros lugares en los diferentes tipos

de discriminación es el de los adultos mayores, después le sigue la población indígena y los discapacitados. Las muestras obtenidas en dicha encuesta fueron de un total de 1200 casos diversificadas en los distintos estados de la República Mexicana. Las áreas que fueron contempladas para el primer diagnóstico de la discriminación fueron: por edad, acceso a los servicios de salud, ingresos económicos, espacios físicos o arquitectónicos, obtención de empleo, familia, y servicios públicos. El objetivo de la encuesta fue medir la percepción social sobre el fenómeno discriminatorio.

El proceso discriminatorio tiene diversos modos de manifestarse: va de lo psicológico a lo familiar, de lo social a lo estructural. Es la discriminación estructural o sistémica en México la que tiene mayores efectos negativos en la vida biopsicosocial de por lo menos 60% de personas de edad avanzada. La discriminación estructural es aquella que niega las oportunidades de desarrollo humano. Ha quedado claro que el índice de satisfacción de las personas adultas mayores, se mide por diversos niveles, entre los que sobresalen el bienestar económico, el de salud y el de participación simétrica en las relaciones sociales.

El problema no es porque no existan leyes en materia de envejecimiento, sino que no se hace efectivo el cumplimiento de tales. La no efectividad de los derechos de los adultos mayores se debe, entre otros factores, a la perspectiva formalista o procedimental que tienen los individuos que deciden políticamente y que marcan las

**Gráfico 4. Ítem de primera encuesta nacional sobre discriminación: “¿A quién considera usted los más desprotegidos en México?”**



Fuente: Conapred (2005).

líneas operativas de las instituciones. Precisamente ese formalismo donde solamente importa resolver necesidades técnicas, de procedimientos o administrativas y no demandas sociales o necesidades materiales de los adultos mayores, es la inercia dogmática que tendrán que superar la CNDH, el Conapred y el Inapam.

## POLÍTICA PÚBLICA Y ENVEJECIMIENTO

En México, ha predominado una política social muchas veces de corte asistencialista. No es el propósito de esta investigación reflexionar sobre la gramática de lo político y de las diferentes teorías que hablan sobre la política pública. Lo central es exponer las ideas estratégicas de sus significados y ver cómo se pueden direccionar hacia el tema de envejecimiento. No es lo mismo política social que política pública. La primera se refiere al planeamiento, la intervención y control del gobierno sobre los asuntos sociales a partir de recursos económicos no derivados del ingreso primario del presupuesto, sino de recursos obtenidos de la distribución secundaria del ingreso. Su intervención social es a través de programas institucionalizados en los distintos órganos secretariales o dependencias de gobierno. Por su parte, el concepto de “asistencialismo” significa el conjunto de acciones que ejecutan las instituciones de gobierno con la finalidad de prestar socorro, atención a grupos sociales en desventaja económica, política y cultural. El antecedente del asistencialismo es la beneficencia y la caridad (García, 2013).

Si bien es cierto que existen diferencias entre asistencialismo y política social, también es verdad que ambos conceptos guardan similitudes. Por ejemplo, Las políticas sociales son programas institucionalizados cuya finalidad es atender las diversas demandas públicas; el asistencialismo también es un conjunto de acciones de orden institucional (a veces también privadas) que buscan un fin: asistir o proteger a grupos sociales, principalmente pobres económicamente y limitados en oportunidades de desarrollo. El asistencialismo puede ser, en última instancia, el resultado de una política social paternalista o hegemónica (Camacho y Moreno, 1994).

La política pública también requiere, al igual que la política social, de la participación del Estado y de los procedimientos jurídicos institucionales, organizados a través de programas (sectoriales o focalizados) para

su realización. Sin embargo, una de las diferencias es que en la primera se requiere de la participación de los grupos sociales afectados e incluso, de sus decisiones y representación política. La política pública tiene por lo menos cuatro facetas indivisibles e interdependientes: 1) epistemológica: porque implica conocer las necesidades materiales de la sociedad y de allí derivar instrumentos de análisis para la satisfacción de aquellas de manera eficiente y equitativa; 2) económica: porque abarca el estudio y la planificación correcta de los procesos de producción, circulación y distribución justa de los bienes materiales de una comunidad; 3) normativa: porque implica exigir a través de instrumentos jurídico-constitucionales el aseguramiento o protecciones sociales insoslayables e indubitables que toda agenda de gobierno está obligada a garantizar; 4) ético-democrática: porque tiene que estar direccionada por principios reguladores o universales que den forma, sentido y contenido a toda acción política, por ejemplo, principios de justicia y equidad, de validez, de factibilidad y de participación simétrica (Bazúa, 1993; Dieterlen, 2003; Dussel, 2009).

En otros términos, la política pública es un proceso complejo y dinámico en donde la intervención para resolver necesidades sociales se realiza en función del “consenso fáctico” o de participación simétrica entre instituciones de gobierno, organizaciones sociales, promotores, profesionistas y especialmente los afectados directos, a través de marcos ético-normativos (Lasswell, 1951; Habermas, 1999).

La esencia de las políticas públicas es la participación y la resolución de problemas o necesidades específicas. En materia de envejecimiento, la Organización de las Naciones Unidas indica que lo sustantivo del método participativo es escuchar a los interesados y darles la oportunidad de intervenir sobre los asuntos a resolver; pero especialmente es que instituciones, afectados e interesados o redes sociales, formen parte del consenso para delinear conjuntamente acciones institucionales traducidas en beneficios sociales (ONU, 2003; Villareal, 2006). Las políticas públicas, si bien es cierto que representan una arquitectura conceptual compleja y estratégica, en sentido estricto están diseñada para el desarrollo social. Es decir, no es una categoría inventada para quedarse detrás de los escritorios del académico o en el discurso, sino principalmente está para mejorar la vida de las personas y promover el desarrollo y la calidad de

vida. La política pública puesta al servicio del desarrollo humano y no solamente para legitimación de una estructura político-partidista, es y debe ser un bien político.<sup>12</sup>

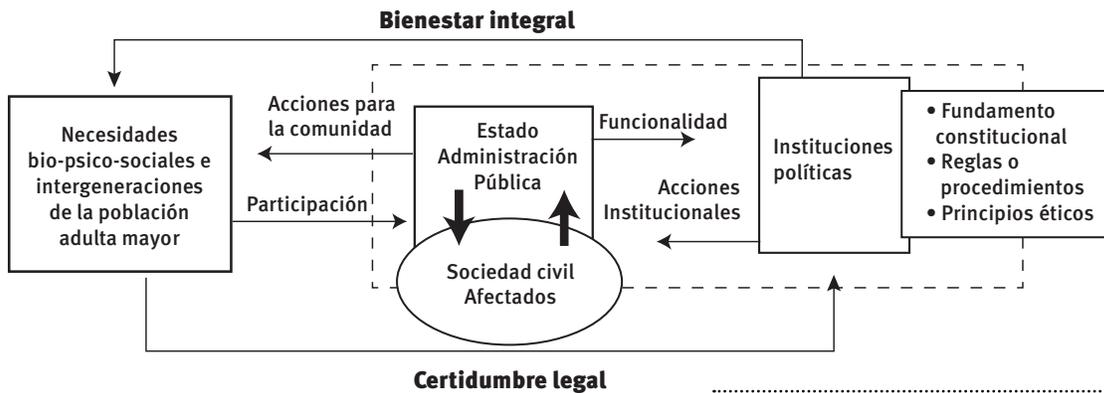
Se llega a una política pública cuando se ha desarrollado un proceso de madurez, sensibilización y de responsabilidades de los actores políticos institucionales (García, 2006b) por las necesidades humanas o de los ciudadanos que aspiran al legítimo derechos de vivir dignamente. El cuadro 3, indica cuatro cosas: 1) el proceso de articulación entre las demandas encuadradas en el ámbito de la satisfacción de las necesidades bio-psicosociales e intergeneracionales de las personas de edad avanzada; 2) la importancia de los mecanismos de participación pública de los interesados; 3) la reconfiguración de las instituciones al servicio de las exigencias sociales (bajo un marco ético-normativo donde las decisiones de los actores políticos tienen que ser funcionales, equitativas, justas y de largo plazo); y, 4) maximizar el bienestar no solamente de la población longeva sino de toda la comunidad independientemente de la edad, el género, la raza, conocimientos profesionales, residencia.

El cuadro 3 plantea tres temas centrales: en primer lugar, la política pública no es un asunto exclusivo del

Estado ni su función se reduce a un acto técnico-administrativo (la administración pública). En otras palabras, la política pública requiere de las instituciones del Estado para su implementación o administración, pero también se necesitan de otras fuerzas como la participación de la sociedad civil, comunidades científicas (profesionales expertos, por ejemplo) y, principalmente, los afectados de las decisiones de un sistema político. En segundo lugar, la política pública plantea, de entrada, una situación ideal que supone una democracia real y en donde los actores políticos institucionales y los actores sociales son partícipes que buscan construir consensos válidos. En tercer lugar, la validez del consenso representa la coordinación entre los principios de factibilidad (funcionalidad de las políticas) normativos (certidumbre legal) y la atención o resolución de las demandas públicas relevantes (bienestar integral) basadas en la satisfacción de las necesidades materiales de la población adulta mayor.

La experiencia histórica mexicana es rica en antecedentes históricos, a través de los cuales se puede comprender cómo surgen las organizaciones asistencialistas y el rol que jugaron éstas dentro de las prioridades del Estado. Es importante indicar que el tema de envejeci-

**Cuadro 3. Funcionalidad estratégica de la política pública sobre envejecimiento**



Fuente: elaboración propia con base en Lasswell (1951); ONU (2003); Villareal (2006).

<sup>12</sup> Son “bienes políticos” aquellos que hacen posible una convivencia pacífica y justa en sociedades en las que la diversidad de identidades y de intereses genera demandas sociales conflictivas. Por lo tanto, los bienes políticos se realizan en el ámbito de lo público e incluyen todo aquello que un ciudadano necesita para participar libremente y en condiciones de igualdad en la vida política de su sociedad. Algunos ejemplos de bienes políticos son los siguientes: las libertades y las oportunidades reales que permiten el ejercicio de los derechos cívicos, políticos y sociales; las instituciones democráticas; el bienestar de todos; las competencias cívicas; las virtudes políticas, etcétera. Los bienes políticos no pretenden ser la respuesta a todas las exigencias de una vida humana plena, pero sí proporcionan las mejores condiciones políticas para que cada grupo e individuo puedan buscar su propia realización humana.

miento nace fuera de los intereses de los gobiernos. Al parecer, solamente figuró como una tarea de tipo caritativo o asistencial de corte religioso. Es decir, la historia de la vejez en México señala haber sido abordada por asociaciones religiosas y no por instituciones políticas. Ese dato es importante porque refleja hoy en día la fuerte carga interpretativa religiosa o filantrópica que existe sobre el envejecimiento. Puntualiza también por qué los problemas del envejecimiento pertenecen a la esfera privada-filantrópica-caritativa-familiar y no tanto a la esfera público-política. Es evidente que esa determinación historicista define actualmente las perspectivas y el comportamiento de los actores políticos al considerar que el cuidado hacia los adultos mayores, por ejemplo, recae en los espacios informales de la vida cotidiana y no tanto es competencia de los órganos de gobierno (Huenchuan, 1999).

Una nueva política que contemple el tema de envejecimiento como tema prioritario de la agenda nacional requiere tener una perspectiva del adulto mayor como sujeto de deberes y derechos, pero esencialmente, exige contener una visión integral de la vida de los ciudadanos en donde el concepto de ciclo de vida ayude a formular acciones institucionales dirigidas por, desde y para la gente, sin importar las edades. Lamentablemente, la “última etapa de la vida” es la menos tomada en cuenta.

Una “política de edades”, en cambio, implicaría un replanteamiento de la articulación actual entre el ciclo de vida y las políticas públicas, de manera que las políticas de formación, empleo, tiempo libre y transferencias sociales no se concentren en etapas específicas del ciclo de vida, sino que se distribuyan a lo largo de todo el recorrido del ciclo con el fin de conjugar flexibilidad y seguridad en cada etapa (Castell, 1992).

La política pública tiene su fundamento en el marco de los derechos. Considerar que los derechos de los ancianos traspasan las esfera individual y forman parte de los derechos sociales, económicos e intergeneracionales –que en primera instancia son derechos de quienes necesitan asistencia– quiere decir que su satisfacción no requiere de la abstención de los poderes públicos o de otros sujetos, sino de una acción o deber del Estado, en términos constitucionales.

En México, la política social puesta en práctica hasta la fecha, no ha conseguido mantener o reinsertar a los ancianos en las redes de relaciones y en los circuitos

normales de convivencia. Los viejos se encuentran insertos en redes de intercambio social no recíprocos y esta falta de reciprocidad constituye socialmente una posición dependiente para este grupo de edad. De la misma manera, no se ha logrado combatir la violencia, maltrato y despojo de bienes de los cuales son víctimas en el espacio familiar. Tampoco se ha logrado asegurar un esquema universal de pensión no contributiva, ni mucho menos se ha implementado esquema universal de accesibilidad a los servicios de salud. Sin embargo, esas deficiencias se han traducido en falta de oportunidades y ampliación de la brecha que coloca a las personas mayores en situación de desventaja social.

## CONCLUSIONES

Se quiere decir que existen condiciones de miseria, insalubridad y privación en las que las personas mayores que ya no pueden tener control de sus decisiones, ni gozar de los derechos que les permiten forjarse una personalidad moral y que les impide diseñar un plan de vida racional. La calidad de vida requiere, por una parte, el ejercicio pleno de los derechos y, por la otra, el igual acceso a las oportunidades. Si las políticas de los gobiernos únicamente se conforman con enunciar abstractamente la defensa de los derechos de las personas de edad avanzada, estaremos ante un absurdo que en lugar de solucionar los problemas actuales seguramente que los costos en el futuro para las próximas generaciones, hoy presenectas, serán desastrosos.

El derecho al bienestar<sup>13</sup> supone procurar condiciones de vida que propicien el progreso –que no puede concebirse en nuestra opinión sino como un proceso

<sup>13</sup> El concepto de “bienestar” que utilizo parte de la teoría de la autodeterminación formulada por Ryan y Deci (2000), que es una perspectiva del desarrollo y del estar bien (*wellness*) en el ámbito de la vida diaria. El bienestar está ligado al mundo de las necesidades psicológicas básicas cuya satisfacción es necesaria para el estar bien psicológico y cuya importancia aplica a todas las edades y a todos los humanos. El estar bien va más allá de concepciones *hedónicas* o de placer y se incrusta en la felicidad. La felicidad es el resultado del bienestar donde la satisfacción de las necesidades de atención médica (mejoramiento de la salud fisiológica, mental y afectiva) y de los beneficios sociales y económicos, permiten la realización de potencialidades del desarrollo del adulto mayor. Como dice Yehoshúa Erlich, promotor de la División de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores de Israel, que el desarrollo del adulto mayor depende de la equidad entre bienestar y la productividad: “cada uno recibe según su necesidad y entrega según su capacidad”. Por lo tanto, el bienestar integral depende de los satisfactores materiales y espirituales o culturales con los que una persona está feliz consigo mismo y con su entorno. El bienestar es autopercepción pero también es valoración cuantificada o medible (Ryan y Sapp, 2007).

de desarrollo integral—. Las propuestas de la presente investigación serían:

- Consolidar modelos educativos y de investigación en los estudios gerontológicos.
- Implementación de programas pertinentes en materia de educación a familias: subsidio económico a los familiares que tengan personas mayores de 60 años y más o a los cuidadores informales.
- Atender a la población que envejece en zonas rurales e indígenas a través de estudios coordinados por instituciones educativas, por ejemplo.
- Pensión universal no contributiva; esquemas de recontractación laboral (con derechos laborales y responsabilidades) para adultos mayores que estén en condiciones de salud para trabajar. Pero nunca obligarlos o maltratarlos para que trabajen contra su voluntad y en detrimento de su salud.
- Elevar a rango constitucional los derechos humanos del adulto mayor y judicializar las protecciones sociales, económicas y de acceso universal a los servicios de salud en los tres niveles de atención: todo en función al bienestar y desarrollo humano.
- Actualizar los diagnósticos y ampliarlos en cobertura a toda la República Mexicana como es el caso de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (Sabe), mejorando sus variables e incluyendo otros bloques a monitorear como los son la discriminación y violencia.
- Fortalecer las campañas de promoción a la salud y protección a los derechos humanos.
- Generar infraestructura hospitalaria con especialidades para adultos mayores y mejorar las condiciones laborales y profesionales de los cuidadores formales.
- Generar esquemas o modelos de intervención gerontológica destinados a la promoción de la cultura de prevención en el espacio familiar y comunitario (tanto urbano como rural).
- Evitar (responsabilidad de los órganos políticos) que el Estado y sus instituciones se desatiendan de las responsabilidades con las personas de edad avanzada.
- Ensayar modelos de políticas públicas dirigidas al tema de envejecimiento para que multisectorial, transdisciplinariamente y con las diversas asocia-

ciones de adultos mayores, se construya una política nacional gerontológica.

- Fortalecer y diversificar las acciones del Instituto Nacional de Geriátrica, instituido en 2008 y articularlas a las instituciones como Secretaría de Salud, Inapam, Universidades, equipos multidisciplinarios y grupos políticamente organizados de adultos mayores.

En suma, es tarea central diseñar políticas públicas equitativas y justas donde el centro de referencia sean los derechos humanos o sea, la protección y reproducción de la vida del adulto mayor presente y futuro. De lo contrario, polvo y olvido serán nuestros esfuerzos.

## REFERENCIAS

- Banco Mundial (2015). *Informe Anual 2015 del Banco Mundial*. Recuperado de: <http://www.bancomundial.org/es/about/annual-report>
- Bazúa, F. (1993). Hacia un enfoque amplio de política pública. *Revista de Administración Pública*, 84.
- Camacho, M. y Moreno, P. (1994). *Reforma del Estado y políticas sociales*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Castell, M. (1992). *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de Servicios Sociales.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal] (2009). *Panorama Social de América Latina 2009*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/1232-panorama-social-de-america-latina-2009>
- \_\_\_\_\_ (2013). *Estudio Económico de América y Latina y el Caribe 2013: tres décadas de crecimiento desigual e inestable*. Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/1085-estudio-economico-de-america-latina-y-el-caribe-2013-tres-decadas-de-crecimiento>
- Consejo Nacional de Población [Conapo]. (2010). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*. Recuperado de: <http://www.gob.mx/conapo/documentos/dinamica-demografica-1990-2010-y-proyecciones-de-poblacion-2010-2030>.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [Conapred] (2005). *Primera Encuesta Nacional*

- sobre *Discriminación en México 2005*. Recuperado de: [http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Presentacion\\_de\\_la\\_Encuesta\\_final.pdf](http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Presentacion_de_la_Encuesta_final.pdf)
- Dieterlen, P. (2003). *La pobreza: un estudio filosófico*. México: UNAM, FCE.
- Domínguez, M. L. y Reyes, J. L. (2010). *Por una cultura del envejecimiento*. México: Sedesol, Inapam.
- Dussel, E. (2009). *20 Tesis de Política*. México: Siglo XXI.
- Elster, J. (1999). *Local Justice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frenk, J. (1997). La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. En *La respuesta social organizada: los sistemas de salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García, J. C. (2006a). *La vejez. El grito de los olvidados*, México: Plaza y Valdés,.
- \_\_\_\_\_ (2006b). *Los derechos y los años. Otro modo de pensar y hacer política en Latinoamérica: los adultos mayores*. México: Plaza y Valdés-Uneve.
- \_\_\_\_\_ (2008). Hacia una fundamentación científica de la gerontología. *Revista Praxis Sociológica*.
- \_\_\_\_\_ (2010), “Hacia un modelo formativo en la investigación gerontológica desde los derechos humanos”, Ponencia presentada en el Primer Congreso de Carreras de Grado en Gerontología, Universidad Maimónides, Marzo, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (2012). “Hacia un modelo de bienestar del envejecimiento en México: resignificando los derechos humanos, el sistema de cuidados y la política pública”, en J. C. García Ramírez (coordinador), *Envejecimiento mundial y desafío regional. Nuevos paradigmas para la investigación, la salud pública y los derechos humanos*, México: Plaza y Valdés.
- \_\_\_\_\_ (2013). *Perfiles sobre envejecimiento*. Volumen I. México: Universidad Estatal del Valle de Toluca.
- Gutiérrez-Robledo, L. M. (2014). *Envejecimiento y dependencia. Previsión para los próximos años*, México: Instituto Nacional de Geriátrica. Recuperado de: <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>
- Habermas, J. (1999). *Facticidad y validez*. Madrid: Trotta.
- Ham-Chande, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. México: Porrúa, El Colegio de la Frontera Norte.
- Huenchuan, S. (1999). De objetos de protección a sujetos de derechos: trayectoria de las políticas de vejez en Europa y Estados Unidos. *Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social*, 8.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2000). *Censo General de Población y Vivienda 2000*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/cpv2000/>
- \_\_\_\_\_ (2004). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. México: INEGI
- \_\_\_\_\_ (2006). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. México: INEGI
- \_\_\_\_\_ (2007). *Encuesta Nacional de Empleo 2007*. México: INEGI.
- \_\_\_\_\_ (2008). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. México: INEGI
- \_\_\_\_\_ (2010). *Censo de Poblacion y Vivienda*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/Municipios.aspx>
- Lam, D. (1983). *The economics of household composition in developing countries*. Tesis de doctorado, Berkeley: University of California.
- Lasswell, D. (1951). The Policy Orientation. En D. Lerner, y H. Lasswell, *The Policy Sciences*. Stanford: Stanford University Press.
- Lee, R. (1994). Fertility, mortality and intergenerational transfers: comparisons across steady states. En *The Family, the Market and the State* (pp. 135-157). Oxford: Ermisch y Ogawa, Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_ (1995). “A cross-cultural perspective on intergenerational transfers and the economics life cycle. Intergenerational Economic Relations and Demographic Change”. IUSSP, Hawaii, Documentos para Seminario.
- Légeré, J. (1998). *Living Arrangements of Older Persons in Canada: Effects on Their Socio-Economic Conditions*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Lustig, N. y Székely, M. (1997). *México: Evolución económica, pobreza y desigualdad*. Washington, D.C.: Ediciones del Banco Mundial.
- Mayer, A. (2010). Introducción al envejecimiento indígena en México. Ponencia presentada en Congreso

- Interamericano de Filosofía, 2010, en Diálogo con los abuelos, Mazatlán, 28 de noviembre al 3 de diciembre, México.
- Minois, G. (1997). *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Madrid: Nerea
- Moragas-Moragas, R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Moreno, M. y García, J C. (2010). Formación de profesionales a favor de la vejez. En *Por una cultura del envejecimiento* (pp. ). México: Inapam, Secretaría de Desarrollo Social.
- North, D. (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: FCE.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2001). *Arreglos residenciales de las personas de edad*. Nueva York: ONU.
- \_\_\_\_\_ (2003). *Modalidades de examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Nota de la Secretaría*. Nueva York: Consejo Económico Social.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OECD] (2008). *Compendio de estudios y reportes de la OECD 2006 – 2012*. Disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/publicaciones/M%C3%A9xico--Compendio%20de%20Estudios%20y%20Reportes%20de%20la%20OCDE.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1991). *Textos completos*. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsair/e/repindex/rep152/inpri52m.html>
- \_\_\_\_\_ (2001). *Encuesta multicéntrica. Salud, bienestar y envejecimiento (Sabe) en América Latina y el Caribe*. Informe Preliminar, Washington, D.C.: ops
- \_\_\_\_\_ (2010). *Indicadores Básicos 2000 – 2010*. Recuperado de: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200%3Aindicadores-basicos-mexico-2000-2010&Itemid=309](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=200%3Aindicadores-basicos-mexico-2000-2010&Itemid=309)
- Orzag, P. y Stiglitz, J. (1999). Rethinking pensions reform: ten myths about social security systems. *New Ideas About Old Age Security*. Conferencia presentada para el Banco Mundial, Septiembre, Washington, D.C.
- Palloni, A. y DeVos, S. (1992). Changes in families and household in Latin America since 1950. Documento presentado para la Population Association of America, Pittsburgh.
- Plascencia, R. (2010). *Por una cultura del envejecimiento*. México: Sedesol, Inapam.
- Ramírez, B. (2000). La reforma del IMSS y las perspectivas sociales y económicas frente al envejecimiento. En *Envejecimiento Demográfico y Empleo*. México: Secretaría del Trabajo y Prevención Social.
- \_\_\_\_\_ (2013). Pensiones de vejez y retiro. En *Derechos humanos de las personas de la tercera edad*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ramírez, B. y Ham-Chande, R. (2006). *Efectos económicos de los sistemas de pensiones*. México: El Colegio de la Frontera Norte -Plaza y Valdés.
- Ryan, R., y Deci, E. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist*, 55 (1), 68 – 78 DOI: 10.1037/110003-066X.55.1.68
- Ryan, R. y Sapp, A. (2007). Basic psychological needs: a self-determination theory perspective on the promotion of wellness across development and cultures. En L. Gough y J. Allister McGregor (Eds.), *Wellbeing in Developing Countries. From Theory to Research*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schott, H. (Coord.). (1994). *Die Chronik der Medizin*. München: Gütersloh.
- Scott, J. (2005). “Seguro Popular Incidence Analysis”, en *Decentralized Service Delivery for the Poor*, Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Sempere, A. y Cavas, F. (2007). *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Pamplona: Aranzadi.
- Sen, A. (2001). *El nivel de vida*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Sokolovsky, J. (2001). Disposiciones para la vida de las personas de edad y apoyo familiar en países menos adelantados. En *Arreglos residenciales en las personas de edad*. Nueva York: ONU.
- Skoufias, E., Davis, B., y Behrman, J. (1999). Evaluación del sistema de selección de familias beneficiarias en PROGRESA. En *Más oportunidades para familias pobres*. (pp. 81 – 104). México: PROGRESA
- Soria, V. (2009). Estrategias de largo plazo para un de-



- sarrollo incluyente de la seguridad social. En J.L. Calva (Coord.). *Desarrollo y políticas sociales* (pp.155-179). México: Porrúa-UNAM
- Thane, P. (2001). Changing paradigms of aging and being older: An historical perspective. En *Aging: Culture, Health, and Social Change*. Boston: Academic Publishers, Dordrecht, Kluwer.
- Uthoff, A. (1997). Reformas a los sistemas de pensiones, mercado de capitales y ahorro. *Revista Cepal*, (dic).
- Villareal, M. (2006). *Mecanismos participativos en el diseño, formulación e implementación de leyes, políticas y programas sobre envejecimiento*. Santiago de Chile: Cepal, Población y Desarrollo.
- Wong, R., y Lastra, M. (2001). Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado. *Estudios demográficos y urbanos*, 48.
- Wong, R., Espinoza, M., y Palloni, A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Revista de Salud Pública*, 49 (4).