



Gestión y Política Pública

ISSN: 1405-1079

alejandro.campos@cide.edu

Centro de Investigación y Docencia

Económicas, A.C.

México

Hernández Rodríguez, Saúl; de la Fuente Robles, Yolanda María
Análisis competencial de la atención a la dependencia en los adultos mayores desde el
ámbito institucional de México

Gestión y Política Pública, vol. XXV, núm. 1, enero-junio, 2016, pp. 299-334

Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13343543008>

- 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

Análisis competencial de la atención a la dependencia en los adultos mayores desde el ámbito institucional de México

Saúl Hernández Rodríguez y Yolanda María de la Fuente Robles*

En este artículo se analizan las variables en el diagnóstico situacional de la atención a la dependencia en los adultos mayores en México, planteando cuáles son los retos y líneas emergentes, qué se entiende por dependencia en el adulto mayor y cómo es concebida la calidad de vida dentro del contexto institucional. Para ello se revisan las diversas políticas públicas, la definición de dependencia en el contexto institucional actual, la función del cuidador familiar y su metodología en las guías de recursos de atención. Y, por último, se presenta un plan de intervención comunitario ajustado a las necesidades detectadas, todo ello con énfasis en la descentralización de la Ley de Dependencia y Promoción a la Autonomía del Adulto Mayor.

Palabras clave: discapacidad, legislación, adultos mayores, recursos institucionales.

Competencial Analysis of the Attention of Dependency of Elderly People in the Institutional Context in Mexico

This article analyzes the variables in the situational diagnosis concerning dependency of elderly people in Mexico, regarding aims and emerging lines, defining the term dependency of elderly people and observing the standard of living in the institutional context of an appropriate treatment. Thus the different public policies within the law reforms can be checked, approaching a definition of dependency in the current institutional context, the function of the family caregiver and his methodology in the federal, state and local guidelines. At the end of this article stands an appropriate plan of intervention focused on the detected needs, emphasizing on the decentralization of the law and promoting the autonomy of the elderly person.

Keywords: disability, social legislation, ageing, resource allocation.

*Saúl Hernández Rodríguez es egresado de la maestría en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y de la Salud por la Universidad de Jaén, España. Krausestraße 34a. Hamburgo, 22305, Alemania. Tel: (0049) 157 87 82 41 38. Correo-e: saulhr19@gmail.com. Yolanda María de la Fuente Robles es catedrática en Trabajo Social y Servicios Sociales en la Universidad de Jaén-España, Campus Las Lagunillas, s/n, edificio C5, despacho 151, Jaén, España. Tel: 672 20 24 37, Correo-e: ymfuente@ujaen.es.

Artículo recibido el 22 de febrero de 2013 y aceptado para su publicación el 2 de marzo de 2015.

INTRODUCCIÓN

El proceso de cambio y la comprensión de la dependencia han cambiado a lo largo de la historia. El continuo crecimiento de estudios y líneas de investigación ha generado distintos modelos de intervención en los ámbitos de desigualdad, vulnerabilidad y discapacidad que enfrenta hoy en día el colectivo de adultos mayores en México.¹ Lo que representa una oportunidad para diseñar nuevas herramientas sociosanitarias más adaptadas al nuevo perfil de los adultos mayores y al reclamo del cumplimiento de sus derechos como lo establece la ley.

La carencia de intervención y prevención en el ámbito de la atención a la dependencia en el adulto mayor en México representa una problemática compleja a nivel de políticas públicas, económico, social y de salud pública. Las necesidades en los diferentes ámbitos han tenido efecto en la calidad de vida de los adultos mayores. La calidad de vida entendida como “un constructo multidimensional influido por factores personales y ambientales, tales como las relaciones de intimidad, la vida familiar, la amistad, el trabajo, el vecindario, la ciudad o el lugar de residencia, la vivienda, la educación, la salud, el nivel de vida y el estado de la propia nación” (Schalock y Verdugo, 2010, 40).

La población mexicana hoy en día marca el inicio de un acelerado ritmo de envejecimiento, en el que se estima que para 2050 los adultos mayores conformarán cerca de 28 por ciento de la población (Partida, 2005). Si bien la dependencia y la constante necesidad de ayuda no son sólo de las personas mayores en México, este marcado ritmo de envejecimiento conllevará a una acelerada demanda en el sistema de salud de servicios asistenciales y residenciales. En esto se debe tener en cuenta el impacto sobre

¹ En la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de 1982 realizada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se comenzaron a utilizar los términos de vejez, tercera edad, ancianos, senectud y adultos mayores entre otros (CNDH, 2015). En este trabajo se empleará la denominación adultos mayores para referirnos a las personas de 60 años y más, ya que así lo establece la institución rectora de las políticas de atención a este sector en México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam).

la prevalencia de las enfermedades crónicas que llevan a la dependencia, como las demencias y la depresión, pues éstas representan un alto costo en la atención a la salud (González *et al.*, 2011; WHO-ADI, 2012; OMS, 2001). Por lo tanto es importante tener en cuenta la relación entre el envejecimiento poblacional y el efecto que genera en el gasto en salud y la calidad de vida.

En las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU, 1993),² se hace referencia a la necesidad de disponer de indicadores y estadísticas que puedan utilizarse en la elaboración y aplicación de políticas y programas apropiados. También solicita la elaboración y adopción de terminología y criterios para llevar a cabo encuestas nacionales. Al reconocer que la “discapacidad” es un concepto en evolución, se acepta el hecho de que la sociedad y las opiniones que sus miembros sustentan no son estáticas. En consecuencia la convención no impone un concepto rígido de “discapacidad”, sino que adopta un enfoque dinámico que permite adaptaciones a lo largo del tiempo y en diversos entornos socioeconómicos. El enfoque de la discapacidad que adopta la convención hace también hincapié en los efectos apreciables que las actitudes y los obstáculos físicos de la sociedad pueden ejercer en el goce de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Dicho de otro modo, una persona en silla de ruedas puede tener dificultades para utilizar el transporte público o conseguir empleo, no por razón de su condición, sino porque existen obstáculos ambientales, como pueden ser autobuses inaccesibles o escaleras en el lugar de trabajo que le impiden el acceso (ONU, 2007).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), definen como discapacidad “a las personas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a los demás” (OMS, 2001). En este sentido desde su puesta en marcha por primera vez

² Más información disponible en: <http://www.upcomillas.es/servicios/Documentos/NORMA-SUNIFORMES.pdf>

en los años setenta y publicada en 1980 por la Organización Mundial de la Salud (ONU) se establecía como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo.

La atención a la dependencia en México desde el ámbito institucional establece en su artículo 90 que: “La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social, por tanto de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, siendo ellas responsables de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral y tendrá las siguientes obligaciones para con ellos: alimentación, vivienda, convivencia familiar y protección” (Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2012). Ante este panorama institucional, se suma que en la mayoría de los casos el cuidado se realiza sólo por una persona de los familiares que asume el rol de cuidador principal y que tiene la tarea de cuidar al mayor. El cuidador principal es aquella persona que dedica la mayor parte de su tiempo a atender las necesidades de la persona dependiente (Dwyer *et al.*, 1994). Por lo general, recae en el cuidador la responsabilidad que implica realizar las tareas del cuidado en actividades básicas de la vida diaria (caminar, bañarse, vestirse y acostarse) y actividades instrumentales (cocinar, hacer compras, tomar medicamentos, manejar dinero). El cuidador es percibido por la familia como responsable en su totalidad de la persona dependiente, no cuenta con salario remunerado, ni jornada laboral y los integrantes de la familia le designan tareas. Las investigaciones realizadas en el ámbito de los cuidadores informales señalan que se ven expuestos a un alto grado de sobrecarga que repercute en su calidad de vida, salud mental y física (Schulz *et al.*, 1995). La sobrecarga se entiende como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado ha influido sobre diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica (Zarit *et al.*, 1980).

En México el Consejo Nacional de Población (Conapo) en el año 2000 proporcionó por primera vez información sobre la población que presentaba alguna limitación física o mental como consecuencia del mayor tiempo expuesto al riesgo de adquirir una discapacidad, y señaló a los

adultos mayores como un segmento con alta prevalencia de esta condición. También se identificó en los indicadores sociodemográficos que existe un grave rezago de los adultos mayores indígenas debido a la dispersión de las localidades, el manejo de un idioma distinto del español y los patrones culturales, entre otros. El último censo de 2010 informó que en México hay 10 millones de adultos mayores de 60 años o más, que corresponde a 9 por ciento del total de la población, con una tasa de crecimiento anual de 3.8 por ciento, lo que indica que en 2018 tendremos 14 millones. Este efecto está relacionado con el incremento en la esperanza de vida, que en la actualidad es de 76.4 años para la población en general y de 22 años más para el grupo de población de 60 años o más. Sin embargo, la esperanza de vida saludable para los habitantes en general es de apenas 65.8 años, lo que confirma que en 10.6 años (de la esperanza de vida general) existe una carga de enfermedad y dependencia (Conapo, 2010, 2010a). Además, este aumento en la esperanza de vida representa también un reto para la salud de los adultos mayores en relación con la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas, las cuales son generadoras de discapacidad (Dorantes *et al.*, 2007).

Actualmente de la población adulta mayor que presenta limitación en la actividad, sólo 68.8 por ciento cuenta con derechohabencia a los servicios de salud. Frente a 9 por ciento de la población en el país (10.1 millones) que tiene 60 años y más, y de ese porcentaje casi la mitad (46.7 millones) se encuentra en situación de pobreza (INEGI, 2011a). Además de que sólo 25.6 por ciento se encuentra pensionado de acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) realizada en 2009. Es muy importante considerar lo anterior ya que a este panorama se suma la falta de reformas a la ley en los últimos años en el ámbito de la dependencia. Lo que ha dado lugar a una grave falla en la situación actual del adulto mayor no derechohabiente y derechohabiente, en su promoción de la salud y de manera concatenada en el propio sistema familiar.

Por otro lado, el concepto de discapacidad definido por diversos organismos internacionales, como la CIF de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), propusieron un nuevo enfoque para abordar la discapaci-

dad. Sin embargo la complejidad de sus dimensiones conceptuales condujo a que la captación de esta variable en la fuente censal de 2010 se enfocara a “obtener información sobre la población con dificultades o limitaciones para realizar actividades como caminar, moverse, subir o bajar, ver aun usando lentes, hablar, comunicarse o conversar, oír aun usando aparato auditivo, atender su cuidado personal (vestirse, bañarse o comer), poner atención o aprender cosas sencillas o bien tener alguna limitación mental” (OMS, 2001). Esta reorientación conceptual impide que la información sea comparable con la del censo de 2000, dado que su base conceptual fue la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada por la OMS en 1980 (INEGI, 2011b, 23, 24).

En contraste, la vejez en México parecería estar acompañada de una debilitación física y socioeconómica de individuos en situaciones de alta vulnerabilidad, como cambios accidentales en el ciclo de vida, por ejemplo la viudez, o la aparición de una enfermedad, que significan pérdida de autonomía. A su vez, el bienestar del adulto mayor no sólo debe considerarse en el momento de la vejez: es el resultado de una trayectoria de vida (social, residencial, familiar) que redefine a lo largo del ciclo de vida los arreglos familiares y construye patrones espaciales (concentración, dispersión de los miembros, entre otros) que son condiciones para la ayuda familiar cotidiana. Un cambio residencial no elegido en la última etapa de la vida puede constituir una ruptura con las redes sociales construidas a lo largo de la vida y puede provocar un fuerte sentimiento de desarraigo cuando las personas llevan mucho tiempo viviendo en el mismo lugar (Capron y González, 2010).

En relación a lo antes expuesto y con base en los últimos cambios generados en el terreno de la atención a la discapacidad de los adultos mayores, nuestras preguntas de investigación en este estudio son las siguientes: ¿cuáles son las estrategias que se han implementado desde el contexto institucional para abordar la atención de los adultos mayores en México? y ¿cómo se concibe el papel de los cuidadores familiares en los programas de intervención y el impacto que tienen sobre la calidad de vida? Los objetivos específicos de este trabajo son: 1) Revisar las diversas políticas públicas en las reformas a la ley, abordando la definición de dependencia dentro del con-

texto institucional actual, 2) estudiar la función del cuidador familiar y su metodología en las guías de recursos de atención a nivel federal, estatal y municipal y, por último, 3) proponer un plan de intervención comunitario ajustado a las necesidades detectadas, todo ello enfatizando en la descentralización de la Ley de dependencia y promoción a la autonomía del adulto mayor. Las hipótesis que articulan la presente investigación son las siguientes: primero, se espera identificar en los análisis de las políticas públicas y de las estrategias de actuación la ausencia de un plan concreto de intervención y prevención que fomente la autonomía del adulto mayor, y segundo, se prevé encontrar un alto grado de vulnerabilidad en el deterioro de la calidad de vida del cuidador familiar al abordar la atención a la dependencia desde ámbito institucional.

Metodología: este estudio se abordará desde una metodología documental, de revisión sistemática de la literatura y sobre la base de datos del gobierno de México, revisión de bibliografía en torno a las principales teorías, reformas a la ley y de fuentes secundarias tanto del ámbito nacional como internacional. Utilizando como palabras claves “cuidador” y “cuidado”, combinadas con reformas a la ley, intervención, tratamiento, promoción de la autonomía, dependencia, adulto mayor y vejez.

RESULTADOS

Los resultados de nuestro primer objetivo del estudio identifican que la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores establecida en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, desde su promulgación en 1917 hasta nuestros días ha sufrido diversas reformas tratando de adaptarse a los cambios sociales, políticos, económicos y demográficos del país. En todo este proceso los derechos sociales se han elevado al rango de derechos constitucionales. Las garantías sociales establecidas en estos artículos tienen como finalidad brindar oportunos y eficientes servicios de prevención a la dependencia, lo que implica en el momento actual la necesidad de cuestionar, debatir e implementar reformas que favorezcan la autonomía del adulto mayor.

En la fracción del artículo 123 constitucional que se refiere al trabajo y la previsión social, se alude a la finalidad de proteger al hombre trabajador y a su familia contra la enfermedad, la muerte y la miseria. Por estos motivos se crearon instituciones como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam).³

La revisión histórica de las políticas públicas para la atención del adulto mayor desde la vida posrevolucionaria en México: el 12 de agosto de 1925 se promulgo la Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro para los Trabajadores del Estado. En esta ley contemplaban las pensiones por vejez e inhabilitación; además se establecía la pensión de retiro a los 60 años de edad y después de 15 años de servicio laboral. Entre los años 1925 y 1959, se mantuvo como rectora la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, formalizando en el marco legal la atención a la población adulta mayor. En los años cuarenta se forma la primera institución de seguridad social que beneficiaba a todo trabajador, integrando la atención en la vejez de los trabajadores; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) creado el 19 de enero de 1943. Tres años después, el 5 de marzo de 1946, se crea una nueva Ley de Pensiones Civiles, y en 1947 se establece que la edad para recibir las pensiones es de 55 años con un mínimo de 15 años de servicio laboral; también se instauraron las causales de seguros de vejez, invalidez, muerte, orfandad y viudez.

Posteriormente se transformó la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro (en diciembre de 1959), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con el objetivo de brindar mayor cobertura de servicio social a los empleados del Estado. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), es el organismo público encargado de instrumentar, aplicar y dar dimensión a las políticas

³ Antes conocido como Instituto Nacional de la Senectud (Insen).

públicas en el ámbito de la asistencia social. En 1977 se unieron el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia con la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez y se creó por decreto presidencial el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), encargado de instrumentar, aplicar y dar dimensión a las políticas públicas en el ámbito de la asistencia social (DIF Nacional, 2015, antecedentes).

En México la primera institución con atención única a los adultos mayores en el ámbito médico-asistencial fue el Instituto de la Senectud (Insen), creado el 22 de agosto de 1979. En los siguientes periodos de gobierno el Insen continuó coordinando los programas de los adultos mayores. Sin embargo con los presidentes Miguel de la Madrid Hurtado, Carlos Salinas de Gortari y Ernesto Zedillo Ponce de León, los programas federales no presentaron avances ni datos relevantes en su implementación de cambios en beneficio del adulto mayor.⁴

Con el presidente Zedillo se generaron cambios en los sistemas de ahorro de los trabajadores. En 1996 se promulgo la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro con la cual las empresas privadas administran los fondos de pensiones de los trabajadores junto con la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (Consar).⁵ En este periodo existe un destacable cambio en el manejo de los programas sociales, ya que se originó una descentralización de facultades y recursos de políticas públicas en favor de la injerencia de los estados y municipios, lo que generó una mayor focalización.

En el periodo presidencial de Vicente Fox Quezada se produjeron cambios estructurales en las instituciones. El 17 de enero de 2002 el Insen se integra a la Secretaria de Desarrollo Social (Sedesol), por lo que modifica su nombre por el de Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (Inaplen). El 25 de junio de ese mismo año se publica la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de

⁴ En el sexenio del presidente Fox este programa cambió su nombre por el de Oportunidades, más conservó en lo general el mismo diseño. Es importante destacar que desde entonces el DIF fue la institución que desarrolló programas para los adultos mayores.

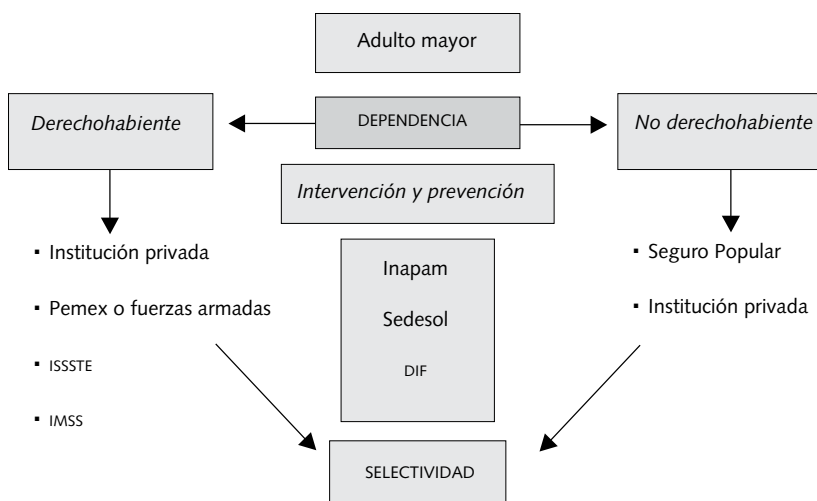
⁵ En 1997 cambia de nombre: Administradora de Fondos para el Retiro (Afore).

las Personas Adultas Mayores (Inapam). A partir de ese momento el órgano rector de las políticas públicas de atención a las personas de 60 años y más es el Inapam.

En el periodo de gobierno de Felipe Calderón Hinojosa siguieron las mismas condiciones para los adultos mayores y la línea estratégica de intervención para este sector fue la promoción del empleo, en la que no se lograron grandes avances. Es importante destacar que durante 2001-2006 se puso en marcha el Programa Nacional de Salud (PNS 2001-2006) subtitulado “La Democratización de la Salud en México: Hacia un Sistema Universal de Salud”, que incluía un profundo análisis de la salud de la población y del sistema de salud. La investigación ofrecía evidencias de desajustes e inequidades entre el sistema de salud existente y las necesidades de salud de la población, por lo que se buscó reducir el gasto de bolsillo y fomentar la asistencia médica oportuna, a través del programa Seguro Popular. Esta reforma puntualiza los lineamientos para incorporar gradualmente a todos los mexicanos que por su situación social o laboral no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

La conferencia sobre envejecimiento organizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2012 y el gobierno de Costa Rica tuvo como tema principal: “Envejecimiento, solidaridad y protección social: la hora de avanzar hacia la igualdad”. Los representantes de más de 150 países miembros de la CEPAL aprobaron en Costa Rica la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de la región. En dichos acuerdos establecieron: “primero, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas mayores para hacer efectivos sus derechos y, segundo, mejorar los sistemas de protección social para que respondan efectivamente a las necesidades de las personas mayores, por medio de la universalización del derecho a la seguridad social y a la salud, así como la creación de los servicios sociales necesarios para brindarles cuidado, promoviendo a la vez su independencia, autonomía y dignidad” (Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, 2012). Durante el tercer año de gobierno del presidente Enrique Peña Nieto, las actuaciones y

DIAGRAMA 1. Guía de recursos de atención a la dependencia en México



Fuente: Elaboración propia con base en la información de los Programas de la Agenda Nacional, 2015.

estrategias en beneficio del adulto mayor siguen en la misma dirección. Se ha aumentado la edad mínima a pensión universal para adultos mayores de 65 años y se ha modificado la edad para jubilaciones.⁶

El segundo objetivo fue estudiar la función del cuidador familiar y su metodología en las guías de recursos de atención a la dependencia. Los resultados identifican que los programas dirigidos a adultos mayores forman parte de los servicios que brindan la Sedesol y el DIF, los cuales se encuentran distribuidos en cada estado y que trabajan en colaboración a nivel federal, estatal y municipal. El diagrama 1 ilustra la estructura de la guía institucional de la atención a la dependencia en México.

La Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) tiene como misión formular y coordinar la política social solidaria y subsidiaria del gobierno federal, la cual está orientada hacia el bien común, mediante políticas y acciones de

⁶ Más información disponible en <http://www.retirum.com.mx/calculo-de-pension.php>

ordenación territorial, de desarrollo de las capacidades de la población y de mejoramiento de las condiciones sociales, económicas y políticas en los espacios rurales y urbanos. En ésta se reconoce la importancia de una sociedad corresponsable en su propio desarrollo.⁷ Los siguientes programas entran dentro de los programas de Sedesol:

A nivel federal, el Programa 70 y Más surge como resultado de las negociaciones del presupuesto 2007 en la Cámara de Diputados. Anteriormente se había implementado el Programa de Atención a los Adultos Mayores en Zonas Rurales, como parte de las concesiones a las demandas campesinas que llevaron al Acuerdo Nacional por el Campo. Este programa estuvo en operación de 2003 a 2007, en este último año se traslada el padrón de beneficiarios al Programa 70 y Más, el cual otorgaba un subsidio de 2 100 pesos anuales a los adultos mayores en condiciones de pobreza alimentaria residentes en localidades de menos de 2 500 habitantes de alta y muy alta marginación que no fueran beneficiarios de otros programas sociales. Su cobertura dependía de la disponibilidad presupuestaria y se priorizaba la entrega de apoyos a los adultos mayores con alguna discapacidad, seguidos de los de mayor a menor edad. Se trata de una pensión no contributiva universal para los adultos mayores, residentes en localidades rurales de hasta 2 500 habitantes.⁸ También se implementan servicios y apoyos para atenuar los riesgos por pérdidas en el ingreso o salud, por ello se repartió la credencial del Inapam.⁹ Lo adultos mayores de 70 años integrantes de familias beneficiarias del programa Prospera que residen en localidades de más de 20 000 habitantes se insertan en el Programa Oportunidades-componente de apoyo para adultos mayores. Con la misión de coordinar acciones interinstitucionales para contribuir a la superación de la pobreza, mediante el desarrollo de las capacidad básicas de las personas y su acceso a mejores oportunidades de desarrollo económico y social.

⁷ Más información disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx>

⁸ Por esta razón, su nombre original fue Programa Atención a los Adultos Mayores de 70 Años en Zonas Rurales.

⁹ Iniciativa que se ha mantenido desde el Insen.

CUADRO 1. Características de los programas dirigidos a los adultos mayores en 2015

	<i>Prospera, componente de apoyo para adultos mayores</i>	<i>Pensión universal para adultos mayores</i>	<i>Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam)</i>
Población objetivo	Adultos mayores de familias beneficiarias de Prospera.	Personas de 65 años que no reciben ingresos por concepto de pago de jubilación o pensión.	Personas de 60 años de edad o más.
Beneficios	Apoyo económico mensual de 370 pesos con entregas bimestrales.	Apoyo económico de 580 pesos mensuales con entregas bimestrales de 1 160 pesos.	La tarjeta Inapam permite acceder a los servicios que ofrece el Instituto, así como obtener descuentos.
Servicios	Apoyo para adultos mayores.	Grupos de crecimiento, campañas de orientación social, jornadas informativas y seguro popular.	Capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre, atención médica, centros culturales, clubs, albergues y residencias diurnas.
Modalidad de pago	Efectivo y depósito en cuentas personales.	Efectivo.	Atención en los servicios y apoyos.

Fuente: Elaboración propia con base en Sedesol (2015).

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) cuenta con 32 DIF estatales bajo su coordinación, distribuidos en cada estado. Los cuales coordinan los DIF municipales de cada estado. La misión de SNDIF es conducir las políticas públicas de asistencia social que promuevan el desarrollo integral de la familia y la comunidad, combatan las causas y efectos de vulnerabilidad en coordinación con los sistemas DIF estatales y municipales e instituciones públicas y privadas, con el fin de generar capital social.¹⁰

El SNDIF en colaboración con el Inapam tiene como misión promover el desarrollo humano integral de los adultos mayores a través de empleo, ocupación, retribuciones, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida. Lo que favorecería reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género. La visión es consolidar el

¹⁰ SNDIF, plantea para cada periodo de gobierno sus pautas de intervención, misión, visión y objetivos.

CUADRO 2. Servicios del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam, 2015)

<i>Servicios</i>	<i>Beneficios</i>
Tarjeta Inapam	Descuentos en alimentos, salud, vestido, hogar, recreación, cultura, transporte y diversos convenios (Inapam, 2015b).
Capacitación para el trabajo y tiempo libre	Desarrollo de alternativas de adiestramiento en la producción de artículos, para el autoconsumo o la producción a pequeña escala. Talleres de oficios y artesanías.
Atención integral	Atención médica, apoyo a la detección, control y seguimiento de las enfermedades.
Centros culturales	Fomentan alternativas de formación y desarrollo humano, sistema formal de enseñanza flexible y asesoría personalizada.
Los clubs Inapam	Ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social.
Albergues y residencias diurnas	Asistencia integral a los adultos mayores que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos: alojamiento permanente o temporal, alimentación, terapia ocupacional y servicios de trabajo social.
El Inapam va a tu barrio	Unidades móviles que brindan servicios de afiliación, asistencia jurídica, consultas médica y odontológica.
Empleo para adultos mayores	Enlace con los prestadores de servicios y empresas que desean contratar a las personas de 60 años de edad y más que quieren mantenerse activas.
Educación para la salud	Consta de dos grandes líneas dirigidas: a las personas adultas mayores y personas en edad pre-jubilatoria, con el propósito de prevenir y mejorar sus condiciones de vida a través de diferentes cursos.

Fuente: Elaboración propia con base en los servicios y beneficios de Inapam, 2015 y 2015a.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores como el órgano rector de los programas y acciones gerontológicas, con la participación de los tres niveles de gobierno y los diferentes sectores del país (Inapam, 2015). En los cuadros 1 y 2 se muestra las principales características de los programas.

DISCUSIÓN

Nuestro primer objetivo en este estudio fue revisar las diversas políticas públicas en las reformas a la ley y la definición de dependencia dentro del contexto institucional actual. Las estrategias de intervención que se han implementado a nivel nacional presentan una diversificada organización

institucional. En este contexto institucional, las intervenciones carecen de eficacia ante los huecos existentes en sus misiones y objetivos desde la visión al abordar la prevención a la dependencia y el apoyo a la autonomía.

Para ello es importante tener en cuenta que la Ley de los Derechos de las Personas Mayores (2002) se aprobó con el objetivo principal de garantizar el ejercicio de los derechos de esas personas. Además debería establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento. El reto era la regulación de la política pública nacional para la observancia de sus derechos, de los principios, los objetivos, los programas, los instrumentos de la administración pública federal, de las entidades federativas y municipios, así como del Inapam. Dicha ley establece en su artículo cuarto los siguientes principios rectores: autonomía y autorrealización, participación (DOF, 2005),¹¹ equidad, corresponsabilidad y atención preferente.

Por otro lado la ley señala en su artículo 50 los derechos para los adultos mayores y los divide en los diferentes aspectos que conforman parte de la atención integral de las personas mayores: integridad, dignidad y preferencia, certeza jurídica, salud, alimentación, familia, educación (DOF, 2005), trabajo, asistencia social, participación, denuncia popular y acceso a los servicios (DOF, 2006). Es necesario destacar que dicha normativa ha sufrido una serie de reformas relacionadas con el Inapam, todas ellas encaminadas hacia la normalización y auditoría de las prestaciones sociales. Así consta en el artículo 28 ap. XXX donde se establece: “La creación de un registro único obligatorio de todas las instituciones públicas y privadas de casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier centro de atención a las personas adultas mayores”.¹²

En relación con estos principios y con base en lo que establece la ley es fundamental reconocer los estudios que se refieren a la situación en la que viven las personas adultas mayores en México. Las investigaciones arrojan resultados sobre discriminación y violencia en ámbitos como la seguridad,

¹¹ Fracción reformada, durante el gobierno del presidente Vicente Fox Quezada.

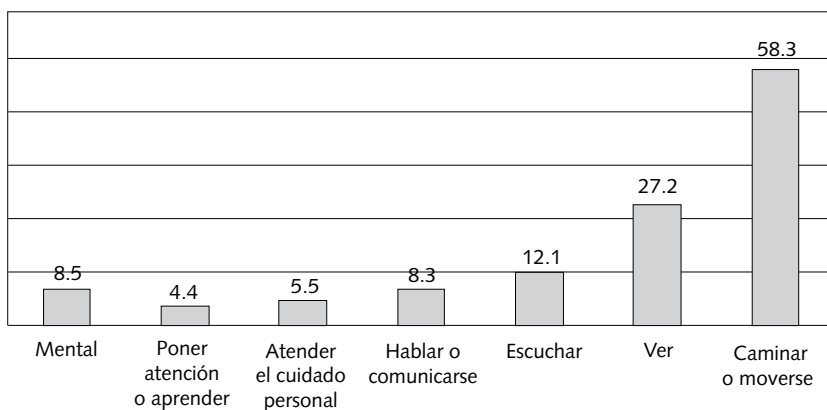
¹² Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2009) Fracción adicionada DOF 24-06-2009.

la asistencia social, las pensiones y jubilación, la laboral, la educación, la participación electoral, la procuración de justicia, la información, la recreación, los servicios públicos, la cultura, el deporte, el ocio, entre otros (Belló *et al.*, 2005, 10; Conapred, 2011, 29, 38, 57, 58, 76; Romero y Ruvalcaba, 2005, 46; Millán-León, 2010, 119). La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Conapred 2011, 29, 38, 57, 58, 76)¹³ señala que 27.9 por ciento de las personas mayores de 60 años han sentido alguna vez que sus derechos no han sido respetados por su edad y 82 por ciento señala discriminación por sus costumbres o su cultura. Como grupo, las personas adultas mayores señalan las dificultades relacionadas con la cuestión laboral como uno de los principales problemas con 36 por ciento, luego le sigue lo relacionado con su salud y la condición de discapacidad; 91.2 por ciento considera que es difícil conseguir algún empleo para la gente de su edad; 40.3 por ciento de los participantes describe que su principal problema es el económico; 37.3 por ciento la enfermedad, el acceso a servicios de salud y medicamentos, y 25.9 por ciento los laborales.

Los resultados de las investigaciones muestran altos niveles de exclusión, de falta de reconocimiento y de obstaculización de derechos y oportunidades fundamentales para llevar una vida satisfactoria independientemente de la edad y condición social. La dependencia económica de las personas adultas mayores se observa en más de la mitad de esa población (61.8%), a seis de cada diez personas adultas mayores las sostiene un familiar u otra persona. Sólo 2.7 personas de cada diez reciben pensión por su trabajo. Poco más de la mitad de las personas de 60 años o más considera estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la idea de que en México no se respetan los derechos de las personas adultas mayores. Sin embargo dos de cada

¹³ La muestra para la selección fue aleatoria, polietápica, estratificada, por conglomerados y, en general, las unidades primarias de muestreo fueron seleccionadas con probabilidad proporcional a su población. Los resultados permiten comparar entre once regiones geográficas, diez zonas metropolitanas de mayor población, cuatro tipos de localidad, y cuatro zonas fronterizas del país. Tales características permitieron obtener estimaciones generales que, considerando 95 por ciento de confianza, tienen un margen máximo de error de ± 1.1 puntos porcentuales. (301 municipios y 1 359 puntos de arranque, 13 751 hogares de las 32 entidades federativas del país.)

GRÁFICA 1. Poceraje de la población con limitación en la actividad

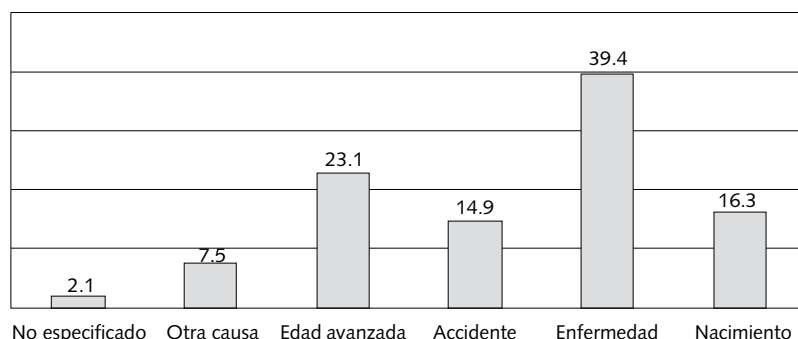


Fuente: Elaboración propia con base en las estimaciones de los porcentajes de la población con limitación en la actividad INEGI (2011b).

diez señalan estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con esta afirmación. Así, 58.9 por ciento está de acuerdo en que la sociedad no ayuda a las personas adultas mayores porque no conoce sus problemas; 22.8 por ciento discrepa con la idea. Por consiguiente la discriminación por edad se vuelve aún más crítica, si además se padece alguna discapacidad y no hay un plan de promoción a la autonomía del adulto mayor. En las gráficas 1 y 2 se presenta información sobre porcentajes de la población con limitación en la actividad y las causas de la discapacidad.

Frente a este panorama de desajustes, es necesario realizar una reflexión crítica ante la situación de riesgo y la vulnerabilidad existente. Hay que tener presente que en México el número de la población general con limitación en la actividad es un total de 5 739 270. Entre ellos hay 2 771 152 mayores, es decir la mitad de los adultos mayores de 60 años. Estos datos apuntan a la prevalencia de la dependencia y así se estima cómo aumenta la carga que debe soportar el entorno familiar. Los cuidadores familiares se ven confrontados con presiones sobre los lazos de apoyo y solidaridad familiar (Chande, 2011,146).

GRÁFICA 2. Distribución porcentual de las causas de la discapacidad



Fuente: Elaboración propia con base en la distribución perceptual de la población con discapacidad según causa de la discapacidad, INEGI (2011b).

Sin embargo, las leyes siguen careciendo de eficacia y aplicación en protección de los adultos mayores, por lo cual es necesario fortalecer un sistema completo de asistencia socio-legal. El reto es garantizar un modo de vida más digno y justo para aquellos que han entregado gran parte de su existencia contribuyendo al desarrollo de la sociedad. Paradójicamente es la misma sociedad que los ha devaluado en la dignidad y menospreciado su potencial bajo la errónea lógica utilitarista de la estructura productiva (Arzate *et al.*, 2007, 8, 241).

En la actualidad las políticas públicas dirigidas a los adultos mayores¹⁴ en México dibujan una problemática que recorre de manera transversal aspectos políticos, económicos y sociales. Además implican un análisis micro y macro social en el sentido de su funcionalidad, en las instituciones públicas encargadas del bienestar de este sector de la población. Los pro-

¹⁴ El primer indicio de incluir una política pública relacionada con los adultos mayores se registra en Alemania en el periodo de Bismark, que establece en 1889 lo que llama una ley de seguro de enfermedad, jubilación y defunción. Después de la Segunda Guerra Mundial, los ingleses establecen un sistema público de protección social que incluía seguridad social, servicios de educación, vivienda y empleo, así como asistencia a los ancianos, minusválidos y a los más necesitados (Bobbio *et al.*, 1991).

gramas sociales de transferencias dirigidos a adultos mayores (Prospera,¹⁵ pensión universal para adultos mayores y más, y la pensión alimentaria en el Distrito Federal) dejan un vacío importante en la política pública. Al mismo tiempo representan soluciones fragmentadas y descoordinadas a un problema creciente a la luz del envejecimiento de la población. También llama la atención la incapacidad del sistema de seguridad social para garantizar un ingreso a los individuos al final de su vida productiva. A nivel nacional, algunos adultos mayores reciben transferencias públicas de distintos montos dependiendo exclusivamente de su lugar de residencia y no de su acceso a la seguridad social o condición de pobreza (Rubio y Garfias, 2010, 41).

La revisión de las políticas públicas permite identificar la complejidad en la que se han creado leyes en los diferentes sectores de salud. Se detecta la falta de institucionalización de una guía práctica de actuación para las personas mayores con discapacidad, así como las pautas de intervención. También se encuentra la ausencia de legislación a favor del cuidador familiar en beneficio de su calidad de vida. Estas dificultades a nivel de política pública carecen de funcionalidad institucional al no tener en cuenta un plan concreto de intervención y prevención que fomente la autonomía del adulto mayor. Por estas razones se acepta nuestra primera hipótesis de trabajo, ya que las investigaciones ofrecen evidencia de la situación actual de discriminación y violación de los derechos humanos relacionados con la edad y la condición social de las personas mayores (Belló *et al.*, 2005; Conapred, 2005, 2011, 29, 38, 57, 58 y 76; Romero Ruvalcaba, 2005, 45, 10; Millán-León, 2010, 119).

En el ámbito institucional de las políticas públicas la carencia de funcionalidad podría estar relacionada con la complejidad de la estructura de servicios y la ausencia de una ley que promueva la autonomía del adulto mayor. También así lo confirman los estudios que señalan los beneficios de la privatización de los servicios en cuidados profesionales de personas

¹⁵ Programa anteriormente conocido como Oportunidades que durante la actual administración del presidente Peña Nieto cambia de nombre a Prospera”.

con dependencia (Amirkhanyan, 2007; Stolt *et al.*, 2010) y en los ajustes estructurales y organizacionales en la política laboral (Wolf y Amirkhanyan, 2010).

Al abordar nuestro segundo objetivo de estudiar la función del cuidador familiar y su metodología en las guías de recursos de atención a la dependencia se identifica un sistema de seguridad social fragmentado en sistemas (horizontalmente) desiguales. En el sistema de seguridad social de México coexisten sistemas especiales para trabajadores privados, empleados federales, estatales y paraestatales, además de regímenes especiales para las universidades públicas, la banca de desarrollo y los municipios (Azuara, 2005, 5). Las reformas de los últimos quince años se enfocaron en mejorar la viabilidad financiera de los sistemas de jubilaciones,¹⁶ pero no incluyeron las medidas necesarias para ampliar la cobertura a la población pobre, ni para la integración de los múltiples regímenes en un sistema único, equitativo y viable. Los recursos para la atención a la dependencia en adultos mayores en México se encuentran distribuidos en diferentes sectores públicos (federales, estatales y municipales) y privados (convenios con centros, seguridad social, centros de salud, etc.).

Al estudiar la función del cuidador familiar en las guías de recursos de atención a nivel federal, estatal y municipal se puede señalar que las principales responsabilidades recaen sobre la familia y la persona encargada de cuidar al enfermo. Con base en lo antes expuesto se puede detectar que la población de adultos mayores cuenta con diferentes programas distribuidos a nivel horizontal. Esto dificulta una eficaz promoción e intervención en atención a sus demandas. Por tal motivo en este estudio se plantea un posible ajuste centrado en un plan de intervención comunitaria. Dicho plan se basa en la atención a la diversidad humana y social a través de una guía de recursos. Las pautas de intervención de las diferentes administraciones deben facilitar la atención a las necesidades de una manera coordinada y evitando así la duplicidad de actuaciones. Todo ello dará lugar a la conse-

¹⁶ Reformas de los sistemas de pensiones del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1995 y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en 2007.

cución de una mayor autonomía personal en la toma de decisiones de las personas usuarias, evitando la sobrecarga familiar y actuando en la prevención de problemas de salud.

Ante este escenario, se han sumado medidas remediales sesgadas junto con una deficiente intervención, promoción a la salud y autonomía del adulto mayor. Aquellas medidas no dan respuesta ni a las demandas de los adultos mayores en situación de dependencia ni a las necesidades de los cuidadores no profesionales. Las demandas del dependiente sobrepasan la capacidad del cuidador no profesional y generan así sobrecarga al cuidador. Esto puede repercutir de forma negativa sobre su salud psicológica (en la aparición de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, apatía o irritabilidad), pero también sobre su salud física. El aislamiento social, la falta de tiempo libre, la calidad de vida o el deterioro de la situación económica dan lugar a lo que algunos autores denominan síndrome del cuidador o paciente oculto (Chartrand y Arias, 2008; Fernández-Hermida *et al.*, 1990; López *et al.*, 2009; Pinquart y Sörensen, 2003; Schulz *et al.*, 1995).

Las intervenciones tenderían a ser más efectivas en la medida en que se tome en cuenta el modelo de intervención psicológica para adultos mayores. Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta el crecimiento de esta población con la finalidad de poder comprender e intervenir eficazmente. El reto se centraría en su apoyo integral para generar planes de acción que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida. Estos planes deben de partir de las necesidades propias de la población adulta mayor, su cultura, condiciones sociodemográficas y las investigaciones realizadas (Rodríguez *et al.*, 2010).

En la misma línea de cambios es recomendable diseñar políticas en las que se tenga presente el cuidado, al cuidador y acompañamiento del adulto mayor no institucionalizado. Esto es especialmente necesario en aquellos casos en que el estrato socioeconómico es bajo y que la responsabilidad recae sobre otro adulto mayor (Cardona *et al.*, 2011). Es fundamental “la atención a las familias cuidadoras, que incluya formación en las enfermedades y manejo de sus familiares ancianos, así como apoyo económico y material, y la formación del personal y potenciación de todo tipo de recur-

sos en las residencias y centros donde se atiende a las personas ancianas” (Bazo *et al.*, 2005, 169). Además la importancia del diseño de programas de intervención breves, adaptados a las necesidades de los cuidadores, con una orientación psicoterapéutica y que no supongan un factor de estrés añadido (López y Crespo, 2007). Las intervenciones deben ser aplicadas por personas capacitadas, que faciliten ofrecer habilidades específicas de afrontamiento, control y solución de sus problemas emocionales (Knight *et al.*, 1993; Sörensen *et al.*, 2002).

El proceso de envejecimiento en México se distingue por un claro sesgo de género e inequidad social. Así lo muestran los altos niveles de analfabetismo, factores como la escasa educación formal que recibieron tanto hombres como mujeres de 60 años o más, la precariedad en las condiciones de su vivienda, y las características de su inserción en el mercado de trabajo (donde los ingresos percibidos son claramente inferiores en comparación con otros grupos de edad). La condición de la mujer por edad se ve afectada negativamente por la discriminación sufrida a lo largo de su vida; por ejemplo, destaca el hecho de que se registran menores niveles de escolaridad respecto a los hombres, además de que la reducida participación laboral limita sus posibilidades de generar ahorro para la edad adulta mayor o de acceder a una pensión (INEGI, 2005).

En general existe una enorme desventaja en las condiciones sociales y económicas de la población adulta mayor que muestra alguna discapacidad. Asimismo, la situación de precariedad de los indígenas en el país se agudiza entre la población de 60 años o más. Este aspecto es significativo dado que este segmento de la población muestra un ritmo de envejecimiento demográfico mayor que el resto de la sociedad. La mayor vulnerabilidad en la vejez se relaciona con la salud, cuando se genera dependencia debido a enfermedades crónicas y discapacidades motrices o mentales lo cual requiere prevención, atención médica, medicamentos y cuidados personales de modo permanente. Esta situación era poco problemática en las familias de antaño, cuando los mayores presentaban escasa esperanza de vida, mientras que hijos y nietos eran numerosos. Tampoco representaban un mayor problema social y económico por su nula participación.

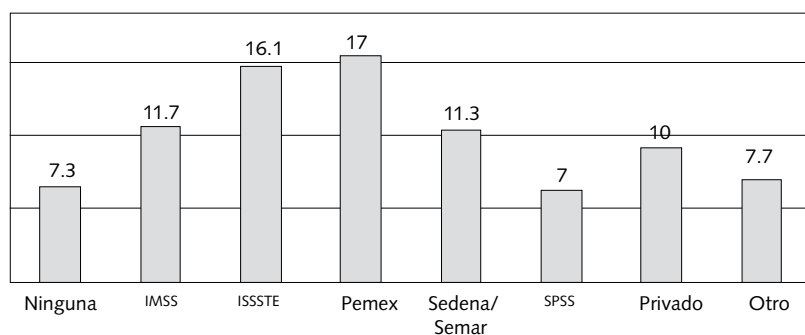
El índice de disponibilidad de las cuidadoras (IDC)¹⁷ entre 1970 y 2020 se mantiene con carácter estable y oscilando cerca de 90 personas envejecidas por cada cien cuidadoras potenciales. Después de ese año se esperan incrementos, particularmente a partir de 2030. Desde ese momento, el índice será de 127, es decir, habrá un mayor número de personas que potencialmente requieran atención que de posibles cuidadoras disponibles. Esta cantidad se duplicará después de 2040, llegando a más de 222 en 2050. La descripción de la situación proyectada por estas cifras revela la necesidad de prever institucional y familiarmente los cuidados a largo plazo de la población envejecida.

Es importante enfatizar que no se debe dejar de lado la prevención a la dependencia y la autonomía, porque se olvidarían de las ventajas que generarían los beneficios a largo plazo. Lo que permitiría al gobierno reducir su gasto anual en intervenciones remediales en gastos médicos, hospitalizaciones, cirugías, etc. y además integrar una inversión a corto plazo para el rediseño de planes de intervención en la que todo adulto mayor pueda mantenerse activo en actividades físicas, mentales y sociales.

La cobertura de seguridad social derechohabiente con limitación en la actividad se encuentra distribuida en los diferentes sectores de servicios de salud. Particularmente en los grupos más vulnerables es insuficiente y carece de planes de intervención de promoción a la autonomía, lo que genera en el sistema familiar modificaciones en su estructura y dinámica, y transformaciones en las condiciones de su domicilio, debido al incremento de los miembros familiares. Por ello se toman en cuenta estas variables que influyen en la calidad de vida de los mayores por múltiples factores ambientales y personales que afectan el comportamiento. La calidad de vida de las personas mayores se analiza utilizando algunos indicadores, incluyendo la salud, habilidades funcionales (habilidad para cuidar de uno mismo), situación financiera (tener una pensión), relaciones sociales (familia y amigos), actividad física, servicios de atención sanitaria y social, comodidades en el

¹⁷ El IDC de la población envejecida se define como la relación entre el tamaño de la población envejecida y la población femenina en edades entre 45 y 59, multiplicada por 100.

GRÁFICA 3. Porcentaje por categoría de protección a la salud



Porcentaje de población de 60 años y más por categoría de protección de salud

Fuente: Gutiérrez *et al.* (2012, 119).

propio hogar, satisfacción con la vida, y oportunidades de aprendizaje y culturales. (Schalock *et al.*, 2010, 146). En la gráfica 3, se presenta porcentajes por categoría de protección de salud.

El deterioro funcional junto con las limitaciones en la autonomía personal de los adultos mayores hace necesaria la colaboración y participación de otras personas para poder seguir favoreciendo su bienestar, de ahí la importancia del apoyo social recibido y percibido en beneficio de la calidad de vida de los cuidadores familiares y de las personas mayores (Fernández *et al.*, 2011).

Por estas razones se confirma nuestra segunda hipótesis de trabajo que preveía encontrar un alto grado de vulnerabilidad en el deterioro de la calidad de vida del cuidador familiar al abordar la atención a la dependencia desde el ámbito institucional. Los resultados de diferentes investigaciones señalan la complejidad de la estructura institucional. Además demuestran la necesidad de legislar a favor del cuidador familiar por las implicaciones que conlleva en el deterioro de la salud psicológica y la calidad de vida (Azuara, 2005; Bazo *et al.*, 2005; Cardona *et al.*, 2010; Chartrand y Arias, 2008; López *et al.*, 2009; Rodríguez *et al.*, 2010 y Schalock *et al.*, 2010).

Entre las limitaciones de este estudio es importante señalar que se trata de una primera aproximación al análisis en el ámbito institucional de la atención a la dependencia. Además se requieren más estudios que analicen estas variables y la necesidad de que se apliquen instrumentos que permitan identificar las principales características de los cuidadores familiares y de los adultos mayores en situación de dependencia en el país.

CONCLUSIONES

En las páginas anteriores ha quedado de manifiesto la concepción de atención a la dependencia dentro del ámbito institucional tomando como referencia la CIF (OMS, 2001) en la cual, con base en su definición, en el ámbito de las intervenciones se encuentran discrepancias ante la misión de los diferentes programas de agenda nacional en México en relación con las personas en situación de dependencia. El problema consiste en que cada uno ofrece una alternativa de servicios y programas organizados de manera horizontal, que no facilitan el control en la intervención. El equipo gerontológico, la familia, la sociedad y el Estado deben procurar dicha adaptación del anciano en su entorno y promover una calidad de vida para este sector de la población, teniendo en cuenta las dinámicas socioculturales y realizar estudios interdisciplinarios, interinstitucionales y multidisciplinarios que conlleven a una eficaz intervención (Instituto de Geriátría, 2010, 198).

1. Por tal motivo se hace necesario auditar los diferentes recursos recibidos por los usuarios mediante las tecnologías de la información y la comunicación, evaluando al mismo tiempo si se han conseguido los efectos perseguidos por los mismos. Teniendo como referente (Azuara, 2005, 42) encontrar alternativas fiscales que dieran margen de la implementación de los ahorros generados a partir de la reorganización de la seguridad social y una reforma que provea de recursos adicionales con el objeto de liberar parte de los recursos necesarios para la financiación de la pensión universal y evitar duplicidades.

2. Frente a la problemática se demuestra que la descentralización de la atención a la dependencia es esencial para su funcionalidad. Los programas

de desarrollo social carecen de funcionalidad en beneficio del adulto mayor dependiente. Esto se debe a la compleja estructura de dichos programas, caracterizada por la duplicidad, al intervenir sobre un mismo grupo de población desde diferentes niveles de la administración. También se debe reconocer la importancia de los servicios privados en la funcionalidad del sistema de salud (Stolt *et al.*, 2010).

3. Es necesario contribuir a una intervención comunitaria en la que el pueblo mexicano debe adaptarse a las personas con discapacidad. Además debe propiciar ayuda constructiva a fin de eliminar alteraciones psicológicas a causa de las diversidades funcionales. Serán fundamentales pautas de intervención que favorezcan la atención a la dependencia y promoción a la autonomía con programas de prevención e intervención que permitan a la población adulta mayor mantenerse activa en actividades ajustadas a sus dominios y condición de salud y sus factores contextuales, favoreciendo un envejecimiento activo. No hay que olvidar que el diseño de programas de intervención debe considerar no sólo los factores relacionados con el adulto mayor, tales como es su historia personal, sino también las fuentes de apoyo y las necesidades propias de la población. Lo que beneficiaría la calidad de vida de las personas al intervenir sobre las redes de apoyo, es decir del entorno social próximo, familiares, profesionales encargados del cuidado del adulto mayor, instituciones, vecindarios, voluntariados, entre otros (Fernández, 1992). Y es necesario implementar el Centro de Día, para atender la demanda de ayuda de los cuidadores que lo requieran, desarrollando mejores modelos de atención domiciliaria que permitan un mejor apoyo a los cuidadores, sobre todo en fases avanzadas y terminales de la enfermedad (Instituto de Geriátría, 2010, 195).

4. Otro reto de la política pública es el uso de un lenguaje unificado y estandarizado en el marco institucional y legal en México, que pueda favorecer un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que pertenece a la familia de clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Partiendo de que la CIF define tanto componentes de la salud como algunos

componentes relacionados con la salud y el bienestar (tales como educación, trabajo, etc.), los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios relacionados con la salud (OMS, 2001).

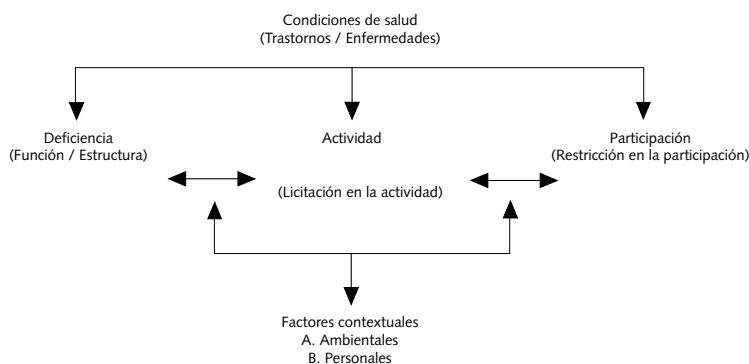
5. El constructo de atención a la dependencia en México debe de tener en cuenta concepciones en términos de vida, con factores ambientales y personales. Asimismo, desde una visión sensibilizadora debe de convertirse en un agente de cambio que guíe las políticas para el bienestar de las personas más desfavorecidas o en riesgo de desventaja social. Lo que deberá permitir identificar variables moderadoras y mediadoras de cada una de las dimensiones de la atención a la dependencia que impactan en la calidad de vida. Es fundamental que las políticas públicas en México focalicen intervenciones en políticas de bienestar dirigidas a este sector de la población. Estas intervenciones deberán estar bien estructuradas, conceptualizadas y coherentes a nivel de los tres órganos de gobierno. El diagrama 2 puede ser útil para visualizar mejor el nivel actual de conocimiento sobre la interacción entre los diferentes componentes de la CIF.¹⁸

6. Se considera fundamental la elaboración de una Guía de Atención a la Dependencia del Adulto Mayor, la cual facilitaría a la población una guía de información de las actuaciones, sin olvidar a la persona cuidadora, que sería prioritario para su labor. Así podría contar con este apoyo de carácter formativo e incluso capacitante, siendo primordial obtener por su labor el derecho a la seguridad social y remuneración por su servicio.

7. También se debe formalizar una Guía de Actuación de Recursos Sanitarios y Sociales, a escala municipal, estatal y federal, así como una guía y protocolos de atención a domicilio, a través de la utilización de herramienta de evaluación continua para favorecer indicadores de prevención y evaluación.

¹⁸ La CIF difiere sustancialmente de la CIDDM de 1980 en la representación de las interacciones entre las dimensiones del funcionamiento y la discapacidad. Hay que destacar que probablemente cualquier diagrama sea insuficiente y pueda llevar a malas interpretaciones a causa de la complejidad de las interacciones en un modelo multidimensional. El modelo está diseñado para ilustrar las múltiples interacciones. Otras concepciones de este proceso son ciertamente posibles. Las interpretaciones de los diferentes componentes y constructos también pueden variar (por ejemplo, el efecto de los factores ambientales en las funciones del cuerpo difieren en su efecto en la participación).

DIAGRAMA 2. Clasificación Internacional del Funcionamiento



Fuente: OMS (2001).

8. Hace falta fomentar recursos humanos y económicos para la investigación teniendo en cuenta las dinámicas socioculturales y los estudios interdisciplinarios, interinstitucionales y multidisciplinares, para conocer con más detalle el impacto de las enfermedades, para así rediseñar estrategias de prevención y atención que influyan en la calidad de vida (Guerrero *et al.*, 2012, 99), es necesario mejorar la estructura y procedimiento de sistematización de la Encuesta de Adultos Mayores (EAM), que debería incluir variables que permitan conocer con mayor profundidad la problemática del envejecimiento para futuros estudios, como la exploración de condiciones concretas como demencia y deterioro cognitivo (Gutiérrez *et al.*, 2012). Tampoco hay que dejar de lado las situaciones de abandono, maltrato y polifarmacia, entre otros síndromes geriátricos con posibilidad de explorarse mediante la aplicación de este instrumento y por medio del empleo de otros entornos operativos y sistemas de bases de datos que permitan la captura de variables con múltiples respuestas y análisis cruzado de las mismas.

Y para terminar no podemos dejar al margen que los problemas personales asociados a la discapacidad son entidades multicausales, susceptibles de estar influidas por multitud de variables: el conocimiento que se tenga de ellas, las ayudas de que se disponga, cuestiones estructurales, legislativas,

la sensibilización de la población con propuestas de una visión más abierta de la discapacidad, de tipo contextual, centrada en las circunstancias de las personas y con la implicación de los distintos factores mencionados. Modelos en los que las condiciones físicas y biológicas no serían las causantes directas de las situaciones de dependencia. Se trata de escapar de la “medicalización” de la discapacidad y la dependencia, escapar al fin y al cabo de la “patologización” de la vida cotidiana de muchas personas (De la Fuente y Calvillo, 2009, 62). 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amirkhanyan, Anna A. (2007), “The Smart-Seller Challenge: Exploring the Determinants of Privatizing Public Nursing Homes”, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 17(3), pp. 501-527.
- Arzate Salgado, Jorge, Gabriela Fuentes Reyes y Corina Retel Torres (2007), “Desigualdad y vulnerabilidad en el colectivo de adultos mayores en México y el Estado de México: Una revisión multidisciplinaria”, *Quivera*, 9(2), pp. 231-262.
- Azuara, Oliver (2005), “Análisis económico de la pensión universal en México: Del populismo a la realidad social”, documento de trabajo, CIDAC.
- Bazo Royo, María Teresa (2005), “Perfil de la persona mayor víctima de la violencia”, en José Sanmartín (ed.), *El laberinto de la violencia*, Madrid, Ariel/Centro Reina Sofía, pp. 219-227.
- Bazo Royo, María Teresa y Benjamín García Sanz (2005), *Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva internacional*, Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Belló, Mariana, Esteban Puentes-Rosas, María Elena Medina-Mora y Rafael Lozano (2005), “Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta mayor”, *Salud Pública de México*, 47(1), pp. 4-11.
- Bobbio, Norberto, Nicola Matteucci y Gianfranco Pasquino (1991), *Diccionario de política: Estado contemporáneo*, México, Siglo XXI Editores.

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2012), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México.
- Capron, Guénola y Salomón González Arellano (2010), “Movilidad residencial de los adultos mayores y trayectorias de vida familiares en la ZMVM”, *Revista Alteridades*, 20(39), pp. 67-78.
- Cardona, Doris, Ángela M. Segura, Dedsy Berbesí, Jaime Ordóñez y Alejandra Agudelo (2011), “Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores”, *Investigaciones Andina*, 13(22), pp. 178-193.
- Carta de San José sobre los derechos de las personas adultas mayores de América Latina y el Caribe (2012), San José de Costa Rica. Celebrada el 11 de mayo del 2012. Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx>, recuperada [fecha de consulta: 3 de noviembre del 2012].
- Chande Ham, R. (2011), Diagnostico socio demográfico del envejecimiento en México, disponible en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_del_envejecimiento_en_Mexico [fecha de consulta: 20 de mayo del 2015].
- Chartrand Vázquez, Alice y Frangel Arias Sánchez (2008), “Deterioro psicossomático del cuidador crucial ante la enfermedad discapacitante del adulto mayor”, disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/235/02.html> [fecha de consulta: 22 de noviembre de 2012].
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2012), Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo de 2012, disponible en http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf [fecha de consulta: 25 de julio del 2015].
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (2015), Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/ageing.shtml> [fecha de consulta: 20 de mayo del 2015].
- Conapo (Consejo Nacional de Población) (2010), *Diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento en México*, Serie Documentos Técnicos, México, Conapo.
- _____ (2010a), *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*, disponible en:

- <http://www.conapo.gob.mx> [fecha de consulta: 3 de noviembre de 2012].
- ____ (2012), en línea: <http://www.conapo.gob.mx/> [fecha de consulta: 1 febrero de 2012].
- ____ (2012a), documento, disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_del_envejecimiento_en_Mexico [fecha de consulta: 14 de octubre de 2012].
- Conapred (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación) (2005), Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, mayo.
- ____ (2011), Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Enadis) 2010. Resultados generales, p. 114, disponible en: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-2010-RG-Accss-002.pdf> [fecha de consulta: 22 de marzo del 2014].
- De la Fuente, Yolanda y Manuel Calvillo (2009), “Productos de apoyo y calidad de vida”, en Yolanda de la Fuente (ed.), *Situaciones de dependencia y derecho a la autonomía: Una aproximación multidisciplinar*, Madrid, Alianza Editorial.
- DOF (*Diario Oficial de la Federación*) (2005), Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, fracción reformada, 26 de enero.
- ____ (2006), Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, fracción adicionada, 26 de enero.
- ____ (2009), Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, Fracción adicionada, 24 de junio.
- ____ (2012), Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, última reforma, 25 de abril.
- Dorantes, Guadalupe, José Alberto Ávila, Silvia Mejía y Luis Miguel Gutiérrez (2007), “Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: Un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1), pp. 1-11.
- Dwyer, Jeffrey W., Gary R. Lee y Thomas B. Jankowski (1994), “Reciprocity, Elder Satisfaction, and Caregiver Stress and Burden: The Exchange of Aid in the Family Caregiving Relationship”, *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), pp. 35-43.

- Fernández Ballesteros, Rocío (1992), *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*, Barcelona, Ediciones Martínez Roca.
- Fernández-Hermida, José Ramón, Jesús Fernández-Sandonis y Maximina Fernández-Menéndez (1990), “Factores que influyen en la tolerancia familiar hacia los pacientes ancianos demenciados”, *Psicothema*, 2, pp. 25-35.
- Fernández de Larrinoa, Pedro, Silvia Martínez, Nuria Ortiz, María Carrasco, Josu Solabarrieta e Ignacio Gómez (2011), “Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga”, *Psicothema*, 23(3), pp. 388-393.
- González-González, César, Sergio Sánchez-García, Teresa Juárez-Cedillo, Óscar Rosas-Carrasco, Luis M. Gutiérrez-Robledo y Carmen García-Peña (2011), “Health Care Utilization in the Elderly Mexican Population: Expenditures and Determinants”, *BMC Public Health*, 11, pp. 1-10.
- Guerrero Pérez, Ramiro, Elsy del Carmen Quevedo Tejero, Ramón García Rochín y Marco A. Zavala González (2012), “Perfil gerontológico del adulto mayor en Tabasco, México”, *Revista de Salud Pública*, 14(1), pp. 88-101.
- Gutiérrez, Juan Pablo, Juan Rivera-Dommarco, Teresa Shamah-Levy, Salvador Villalpando-Hernández, Aurora Franco, Lucía Cuevas-Nasu, Martín Romero-Martínez y Mauricio Hernández-Ávila (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut)*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) (2012), “Misión”, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/instituto/Pages/index.aspx> [fecha de consulta: 19 de octubre de 2012].
- Inapam (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) (2011), *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*, México, Inapam.
- _____ (2015) Misión en línea, disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/Mision> [fecha de consulta: 1 de febrero de 2015].
- _____ (2015a), “Visión”, disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/> [fecha de consulta: 1 de febrero de 2015].
- _____ (2015b), *La defensa de los adultos mayores, un reto para el Inapam*

- en 2015, disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/> [fecha de consulta: 18 de enero del 2015].
- _____ (2015c), Servicios del Inapam, disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/Servicios> [fecha de consulta: 21 de enero 2015].
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2005), *Los adultos mayores en México: Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*, México, INEGI.
- _____ (2011), Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS 2009), México, INEGI.
- _____ (2011a), *Síntesis metodológica y conceptual del censo de población y vivienda 2010*, disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologiascensos/sm_cpv200 [fecha de consulta: 25 de octubre del 2012].
- _____ (2011b), base de datos INEGI, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/> [fecha de consulta: 14 de octubre de 2012].
- _____ (2012), *Mujeres y hombres en México*, México, INEGI.
- Instituto Nacional de Geriátría (2010), *Perspectivas para el desarrollo de la investigación sobre el envejecimiento y la gerontología en México*, Memorias del Encuentro Nacional sobre Envejecimiento y Salud: Investigación, formación de recursos y desarrollo de servicios, México, Secretaría de Salud.
- Knight, Bob G., Steven M. Lutzky y Felice Macofsky-Urban (1993), “Meta-analytic Review of Interventions for Caregiver Distress”, *Gerontologist*, 33, pp. 240-248.
- López Gil, Ma. Jesús, Ramón Oruta Sánchez, Samuel Gómez Caro, Arancha Sánchez Oropesa, Javier Carmona de la Morena y Francisco Javier Alonso Moreno (2009), “El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud”, *Clínica de Medicina en Familia*, 2(7), pp. 332-339.
- López, Javier y María Crespo (2007), “Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión”, *Psicothema*, 19(1), pp. 72-80.
- Millán-León, Beatriz (2010), “Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexicanos”, *Papeles de Población*, 16(64), pp. 93-121.

- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001), *Clasificación internacional del funcionamiento (CIF) de la discapacidad y de la salud*, Ginebra, Naciones Unidas-Grupo de Clasificación, Evaluación, Encuesta y Terminología.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (1993), documento: <http://www.upcomillas.es/servicios/Documentos/NORMASUNIFORMES.pdf> [fecha de consulta: 19 de noviembre de 2012].
- _____ (2007), *Discapacidad, manual para parlamentarios: De la exclusión a la igualdad*, Ginebra, ONU.
- Partida, Virgilio (2005), “La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México”, *Papeles de Población*, 11(45), pp. 9-27.
- Pinquart, Martin y Silvia Sörensen (2003), “Differences between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health”, *Psychology and Aging*, 18(2), pp. 250-267.
- Rodríguez Uribe, Ana Fernanda, Laura Juliana Valderrama Orbeago y Juan Máximo Molina Linde (2010), “Intervención psicológica en adultos mayores”, *Psicología desde el Caribe*, 25(1), pp. 246-258.
- Romero Ruvalcaba, José Tomas (2005), “Discriminación y adultos mayores: Un problema mayor”, *El Cotidiano*, 21(134), pp. 56-63.
- Rubio, Gloria y Francisco Garfias (2010), *Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México*, Santiago de Chile, ONU.
- Schalock, Roberto y Miguel Ángel Verdugo (2010), *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*, Madrid, Alianza Editorial.
- Schulz, Richard, Alison T. O’Brien, Jamila Bookwala y Kathy Fleissner (1995), “Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving”, *Gerontologist*, 35(6), pp. 771-791.
- Sedesol (Secretaría de Desarrollo Social) (2005), Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, México, Sedesol.
- _____ (2012), “Misión”, disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx> [fecha de consulta: 20 de octubre del 2012].
- _____ (2012a), *Sexto informe de labores Sedesol*, México, Sedesol.
- _____ (2015), Programas sociales, disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx/> [fecha de consulta: 20 de mayo del 2015].

- Seguro Popular (2012), “Historia”, disponible en: <http://www.seguropopular.salud.gob.mx> [fecha de consulta: 20 de octubre de 2012].
- SNDIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) (2015), “Misión”, disponible en: <http://sn.dif.gob.mx/dif-nacional/> [fecha de consulta: 1 de febrero de 2015].
- SNDIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) (2012), antecedentes en línea: <http://web.dif.gob.mx> [fecha de consulta: 16 de octubre de 2012].
- Sörensen, Silvia, Martin Pinquart y Paul Duberstein (2002), “How Effective are Interventions with Caregivers? An Updated Meta-analysis”, *Gerontologist*, 42(3), pp. 356-372.
- Stolt, Ragnar, Paula Blomqvist y Ulrika Winblad (2010), “Privatization of Social Services: Quality Differences in Swedish Elderly Care”, *Social Science and Medicine*, 72(4), pp. 560-567.
- WHO-ADI (World Health Organization-Alzheimer’s Disease International) (2012), *Dementia: A Public Health Priority*, Ginebra, WHO, pp.112.
- Wolf, Douglas A. y Anna A. Amirkhanyan (2010), “Demographic Change and Its Public Sector Consequences”, *Public Administration Review*, 70(1), pp. 12-23.
- Zarit, Steven, Karen Reeve y Julie Bach-Peterson (1980), “Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden”, *Gerontologist*, 20(6), pp. 649-655.

Saúl Hernández Rodríguez es egresado de la maestría en Intervención Psicológica en Ámbitos Clínicos y de la Salud por la Universidad de Jaén, España; licenciado en Psicología por la Universidad de Guadalajara, México, y becario por la Universidad de Guadalajara, el Grupo Santander Central Hispano, la Universidad Autónoma de Madrid y la Asociación Universitaria Iberoamericana de Postgrados; experiencia profesional como psicólogo clínico en México y actualmente ejerce en el área de Psicología Educativa en Hamburgo, Alemania. Ha publicado en la *Revista Mexicana de Psicología*, 32(1), 37-47: “El papel de la autoeficacia percibida y la planificación en la adherencia al tratamiento médico-nutricional de la obesidad en adultos mexicanos”.

Yolanda María de la Fuente Robles es catedrática del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Jaén. Vicerrectora de Igualdad, Cultura y Cooperación al Desarrollo y del Campus de Baeza de la Universidad Internacional de Andalucía. Directora del grupo de investigación “Género, Dependencia y Exclusión Social”. Coordinadora del máster oficial en Dependencia e Igualdad en la Autonomía Personal de la Universidad de Jaén y del máster en Accesibilidad Universal y Diseño para Todos. Ha sido decana de la facultad de Trabajo Social de la Universidad de Jaén (1999-2012) y directora del Seminario Interdisciplinar de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Jaén. Investigadora principal de múltiples Proyectos del Ministerio de Sanidad y Política Social, Ministerio de Industria, Ministerio de Igualdad, Ministerio de Ciencia y Tecnología, IMSERSO, IPTS y AECID. Entre sus líneas de investigación predominan la cooperación para el desarrollo, género y la atención a la dependencia. Ha publicado trabajos en revistas como *Spanish Social Work*, *Trabajo Social y Salud*, *Revista de Juventud*; *Revista Española de Desarrollo y Cooperación del Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación*, *Revista Trabajo Social*, *International Journal of Disability, Community & Rehabilitation*, *Revista de Urbanismo*, etc., capítulos de libros en editoriales como Alianza Editorial, Comares, Arbor, Springer, IGI-Global, etc. Designada experta por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. Evaluadora de la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva (ANEP), y de revistas nacionales e internacionales en el ámbito de las Ciencias Sociales.