Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia en México

Co-publicación BID-EUROsociAL+

Mariana López-Ortega
Natalia Aranco

BID
EUROsociAL
PROGRAMA PARA LA COHESIÓN SOCIAL
Financiado por la Unión Europea

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo

López-Ortega, Mariana.
Envejecimiento y atención a la dependencia en México / Mariana López-Ortega, Natalia Aranco.
p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1614)
Incluye referencias bibliográficas.
1. Older people-Services for-Mexico. 2. Older people-Care-Mexico. 2. Older people-Government policy-Mexico. I. Aranco, Natalia. II. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. III. Eurosocial. IV. Titulo. V. Serie.
IDB-TN-1614

http://www.iadb.org

Copyright © 2019 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI. El uso del nombre del BID para cualquier fin que no sea para la atribución y el uso del logotipo del BID, estará sujeta a un acuerdo de licencia por separado y no está autorizado como parte de esta licencia CG-IGO.

Notar que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.

scl-sph@iadb.org
www.iadb.org/SocialProtection

Envejecimiento y atención a la dependencia en México

Mariana López-Ortega Natalia Aranco[1]

Resumen

La transición demográfica, el envejecimiento poblacional, y el aumento en la importancia de las enfermedades no transmisibles frente a las transmisibles, imponen retos económicos, sociales y de atención en el área de salud. Uno de los más importantes es aumentar el acceso a servicios de apoyo para las personas con dependencia.

Este documento describe las condiciones de salud y dependencia en México, particularmente de las personas mayores, así como las principales características socio-demográficas y económicas de este grupo. Analiza también la oferta de servicios de atención a la dependencia, la normatividad en materia de envejecimiento y discapacidad, así como el papel del gobierno y del sector privado en la provisión servicios.

Frente a diversas políticas de cuidados en distintos países, está claro que las estrategias públicas de servicios a la dependencia en México son prácticamente inexistentes, y que las políticas dirigidas a estas poblaciones se centran en garantizar el acceso a servicios básicos de salud, un ingreso económico de subsistencia y la integración social de las personas. Por otra parte, no existen estrategias de apoyo a los familiares que prestan servicios de apoyo, que son quienes en la actualidad sobrellevan la mayor parte del trabajo, particularmente las mujeres. En lo futuro será necesario contar con estrategias de cuidado a la dependencia, que apoyen tanto a quien los necesita como a quien los brinda.

Esta nota técnica es parte de una serie de estudios sobre envejecimiento y servicios de cuidado para personas en situación de dependencia que incluye Galiani, Ibarrarán, and Caruso Bloeck (2017); Aranco et al. (2018); Aranco y Sorio (2018); Medellín et al. (2018)**.**

Clasificación JEL: H5, I18, J14, J18

Palabras clave: envejecimiento, dependencia, atención a la dependencia, inclusión social, América Latina y Caribe, México.

[1] Mariana López-Ortega pertenece al Instituto Nacional de Geriatría; Natalia Aranco es consultora de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Sus correos electrónicos son mlopez@inger.gob.mx y natalia.aranco@gmail.com. Esta nota técnica es parte de una serie de documentos sobre el envejecimiento y los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe, publicada en conjunto por el BID y EUROsociAL+. Ha sido elaborada con fondos del Estudio Económico y Sectorial "Envejecimiento y Cuidado de Largo Plazo" (RG-E1488) del BID. Las autoras reconocen a Jimena Vázquez por su asistencia en la investigación, y a los directivos de las residencias y servicios de cuidado que nos abrieron las puertas y nos compartieron valiosa información sobre su organización. Además, agradecen a Ferdinando Regalia, Fabiano Rodrigues, Suzanne Duryea, Gianluca Cafagna, Pablo Ibarrarán, Nadin Medellín, María Laura Oliveri, Marco Stampini, Francesca Capparucci, Francesco Maria Chiodi, Andrea Monaco, Andrea Proaño, Cecilia Martinez y Martha Guerra por sus comentarios. El documento fue editado profesionalmente por Susana Ruiz y el diseño de la portada fue elaborado por Diego Vapore. Los errores y omisiones son responsabilidad de los autores. Tanto el contenido como los hallazgos de este documento reflejan la opinión de sus autores y no las del BID, su Directorio ni los países que representan.

Contenidos

Introducción **3**

Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia **4**

1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos 4

1.2 Condiciones de salud, discapacidad, y dependencia funcional en la población adulta mayor 7

Esperanza de vida y años de vida saludable *8*

Discapacidad y dependencia funcional *8*

Condiciones de salud de los adultos mayores *15*

1.3 Características socioeconómicas de la población adulta mayor 25

Sección 2. El papel del gobierno en la atención a la dependencia **28**

2.1. Marco institucional y programas para personas mayores 29

2.2 Legislación sobre instituciones de atención a la dependencia 30

2.3 Marco institucional y programas para personas con discapacidad 31

Sección 3. Oferta de servicios de atención a la dependencia **34**

3.1 Servicios de atención a la dependencia remunerados 35

Servicios residenciales *36*

Servicios de asistencia personal en el hogar *38*

Servicios en centros de día *39*

Servicios de teleasistencia *40*

Servicios para personas que brindan servicios de apoyo *41*

Otros servicios *42*

3.2 Servicios de atención a la dependencia no remunerados 43

Sección 4. Análisis y perspectivas de la atención a la dependencia **45**

4.1 Los sistemas de cuidado y su situación en México 45

4.2. Desafíos futuros 46

Referencias bibliográficas **48**

Anexos **54**

Introducción

El envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica generan retos en materia de atención a la salud, asistencia social, cuidados, empleo y pensiones, entre otros temas. En materia de atención social y a la salud, el mayor reto será que las personas accedan a servicios adecuados, que permitan atender los cambios derivados del incremento en la prevalencia de condiciones crónicas que provocan discapacidad y dependencia en las personas, y que generan una presión creciente en la demanda de servicios de apoyo de largo plazo[2]. Asimismo, será necesario implementar políticas que impulsen un envejecimiento saludable que permita contener la pérdida funcional y la dependencia de las personas adultas mayores.

La atención de personas dependientes y con enfermedades crónicas en un contexto de envejecimiento poblacional es un reto creciente en países de ingresos medios y bajos, en los que el contexto económico desfavorable y las consecuencias de los determinantes sociales de la salud impactan de manera negativa, en especial a la población más vulnerable (Marmot 2005; OMS 2005), como las personas mayores y las personas con alguna discapacidad. Este reto se vuelve aún mayor si se considera que la mayoría de estos países no cuentan con sistemas públicos de atención a la dependencia y, además, tienen sistemas de salud y seguridad social que no resuelven de manera óptima las necesidades de apoyo.

Este documento se organiza en tres secciones principales. El primer capítulo se dedica al análisis de la demanda por servicios de atención a la dependencia, seguido de una sección que analiza el papel del gobierno en materia de políticas con base en una revisión técnica de la legislación y normatividad sobre dependencia y cuidados. En la tercera sección se describe la oferta de servicios de apoyo, incluyendo los servicios remunerados, sean brindados por instituciones públicas o privadas (lucrativas y no-lucrativas), así como el apoyo no remunerado que proveen mayormente los familiares en el hogar. Finalmente, una cuarta sección presenta las conclusiones del análisis y las perspectivas del país a la hora de solucionar el tema de los servicios de apoyo que requieren las personas en situación de dependencia funcional.

En este estudio se define la dependencia como la dificultad para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Por otra parte, se define a los servicios de apoyo a la dependencia como todos los servicios de ayuda para realizar ABVD y AIVD de forma permanente o por un periodo extendido de tiempo.

[2] Frecuentemente la literatura, los instrumentos estadísticos (por ejemplo, censos y encuestas) y la normativa de los países utiliza el término de cuidado o servicios de cuidado de larga duración para referirse a los servicios de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, algunos actores asocian al término cuidado como un término paternalista que puede opacar la necesidad de que los servicios de apoyo de larga duración respeten la autonomía de las personas, entendida como la habilidad de tomar decisiones, aún con apoyo si es necesario, de acuerdo con la propia conciencia, los valores, la voluntad y las preferencias de las personas. Por esta razón, a lo largo de esta publicación preferimos utilizar el término de servicios de atención a la dependencia o servicios de apoyo de larga duración.

Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia

1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos

México se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica conforme a la tipología elaborada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL/CELADE)[3] (CEPAL 2008). Esta etapa, en la que también se encuentran Brasil, Colombia y Costa Rica, se caracteriza por tasas de crecimiento natural bajas entre 1.3% y 1.4%, tasas globales de fecundidad de alrededor de 2 hijos por mujer en edad reproductiva y esperanzas de vida al nacer que superan los 75 años (CEPAL 2008).

Específicamente, la población de personas mayores de 60 años[4] en México crece a un ritmo más acelerado que la población total. Según datos de las Naciones Unidas, en 2015 este grupo de la población llegó a los 12 millones de personas, lo cual es equivalente al 10% de la población, superando por primera vez al grupo de los niños de 0 a 4 años. Si las tendencias de fecundidad y mortalidad continúan como hasta ahora, se espera que en 2050 las personas mayores lleguen a representar 25% de la población, alcanzando los 40 millones de personas. La población de 80 años y más también aumentará dramáticamente: de 1.3% en 2010 a 5% en 2050 (Naciones Unidas 2017). Los cambios demográficos en México son parte de una tendencia global. Como referencia, en los siguientes cuarenta años se espera que la población de personas mayores alcance el 22% de la población mundial, de la cual una proporción considerable estará en países en desarrollo (Beard et al. 2011).

Los principales factores que han contribuido a la transición demográfica en México, como en otros países, son un marcado descenso en las tasas de fecundidad y una disminución más paulatina en las tasas de mortalidad. En el caso de México, la caída de la tasa de fecundidad fue impulsada por una fuerte política de planificación familiar. La tasa global de fecundidad, es decir, el número de hijos promedio que tiene cada mujer en edad reproductiva, se redujo de 7.09 a finales de los años sesenta, a 1.7 en el año 2015 (SPP 1980; INEGI 2015).

Asimismo, la mortalidad ha descendido en las últimas décadas, pasando de una tasa de 16.7 muertes por 1,000 personas en 1950, a 9.2 muertes en 1970 y 5.2 en 1990; se estima que en el periodo 2015-2020, la cifra será de 4.9 muertes por 1,000 personas (Naciones Unidas 2017). Como resultado, la esperanza de vida al nacer en México se ha incrementado de manera significativa, al pasar de 50.7 años (52.5 mujeres y 49 hombres) en 1950, a 62.6 años (65.1 mujeres y 60.9 hombres) en 1970, y 76.5 años (78.9 mujeres y 74 hombres) en el año 2010 (Naciones Unidas 2017). En 2015, la esperanza de vida a los 60 años se estimó en 22.4 años (21.1 hombres, 23.6 mujeres) (OMS 2017).

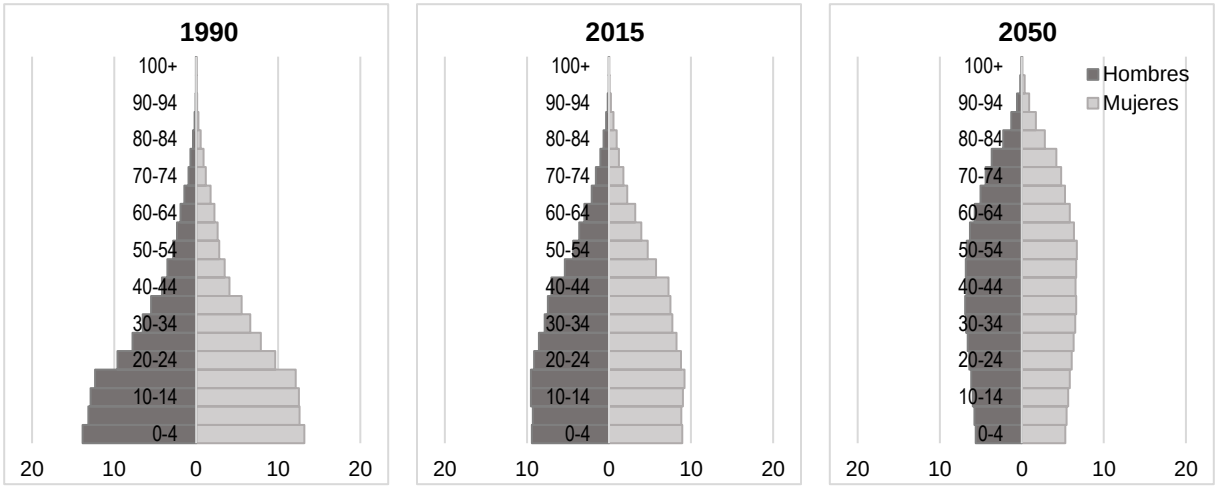
[3] La revisión de 2008 (CEPAL 2008) de esta tipología, adopta la tasa global de fecundidad y la esperanza de vida al nacer como indicadores para identificar las etapas de la transición demográfica, a diferencia de las tasas de natalidad y mortalidad utilizadas en su primera tipología elaborada en 1993 (CEPAL 1993 citado en CEPAL 2008). Para el período 2005-2010 se definieron cuatro grandes grupos o etapas de la transición: 1) muy avanzada: 1.5 hijos por mujer, crecimiento demográfico natural de 0.29% y esperanza de vida al nacer más alta de la región ≥78 años; 2) avanzada: crecimiento demográfico entre 1.0% y 1.4%, esperanza de vida que supera los 75 años y nivel de fecundidad inferior o igual al remplazo; 3) plena: países con tasas de crecimiento entre el 1.4% y 2.3% y nivel de fecundidad intermedio; y transición moderada: países en que la tasa de fecundidad es más alta con promedio de 4 hijos por mujer, crecimiento demográfico elevado (alrededor del 3%) y esperanzas de vida al nacer entre 60 y 65 años.

[4] La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores define como persona adulta mayor a aquellas con 60 años o más (DOF 2002).

La pirámide poblacional muestra la interacción de la natalidad y la mortalidad descrita anteriormente, generando una estructura en la que el peso relativo de las personas mayores toma mayor relevancia en la población total, comparado con los grupos más jóvenes. La Figura 1 muestra cómo, no solo la proporción de personas mayores crece respecto al resto de la población, sino que, además, este grupo envejece rápidamente, debido al aumento de la esperanza de vida en edades avanzadas, tal como lo evidencia el crecimiento de la proporción de personas de 80 años y más.

Otro factor que ha impactado en la dinámica demográfica en México de manera importante es la migración, tanto interna como internacional. Por una parte, se observa una creciente migración hacia zonas urbanas desde inicios del siglo XX y, recientemente, entre zonas metropolitanas, respondiendo fundamentalmente a factores económicos. Por otra, a partir de mediados del siglo XX se produjo un crecimiento acelerado de la migración internacional, principalmente a Estados Unidos, antes de iniciarse una desaceleración, e incluso una reversión de los flujos, que se mantiene actualmente, debido principalmente a la crisis económica en el año 2008 y a la reciente política de deportación en los Estados Unidos (Gandini, Lozano-Ascencio, Gaspar Olvera 2017). Ambos fenómenos han generado que hoy en día casi el 80% de la población viva en zonas urbanas, y un envejecimiento más acelerado en muchas zonas rurales o semi-urbanas, en donde en gran medida prevalecen las personas mayores, en algunas ocasiones junto con niños pequeños, transformando la economía y la dinámica social y de cuidados de dichas comunidades.

Figura 1. Pirámide poblacional de México: 1950, 2015, 2050



Fuente: Elaboración de las autoras con base en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2017).

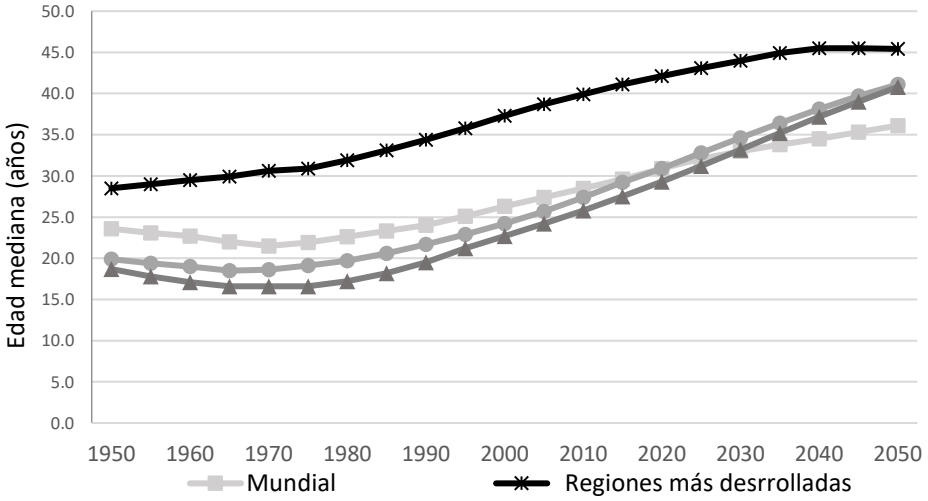
Como se observa en la Tabla 1, en el año 2015 había poco más de 12 millones de personas de 60 años y más en el país, con un evidente predominio de las mujeres sobre los hombres en todos los grupos, especialmente en los de edades más avanzadas.

Tabla 1. Población adulta mayor por género y grupos de edad en 2015

Grupo de edad	Total	Hombres		Mujeres	
		Total	%	Total	%
60-64	3,902,830	1,870,631	47.9	2,032,199	52.1
65-69	2,720,339	1,320,029	48.5	1,400,310	51.5
70-74	2,096,760	995,499	47.5	1,101,261	52.5
75 y más	3,342,871	1,427,654	42.7	1,915,217	57.3
Total	12,062,800	5,613,813	46.5	6,448,987	53.5

Fuente: Elaboración de las autoras con base en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2017).

Figura 2. Evolución de la edad mediana de la población entre 1950 y 2050



Fuente: Elaboración de las autoras con base en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2017).

El incremento en la esperanza de vida ha producido un aumento sostenido en la edad mediana de la población en México. En 2015, la edad mediana de México fue de 28 años, una cifra considerablemente inferior a la edad mediana en los países desarrollados (41 años), pero similar al resto de los países de la región de Latinoamérica y el Caribe (29 años). Las proyecciones de población indican que será en 2050 que México alcance la edad mediana que los países desarrollados presentaron en 2015 (Figura 2).

Uno de los indicadores más importantes del impacto de la estructura poblacional en los sistemas de apoyo familiar es la relación de dependencia de cuidados, indicador propuesto por Budlender (2008), que mide las necesidades de cuidado de una población y su capacidad para satisfacerlas. El mismo se define como la relación entre las personas menores de 12 años y los mayores de 75, por un lado, y la población de 15 a 74 años, por otro. Es decir, mide la relación entre los potenciales demandantes de cuidados (niños y ancianos) y los potenciales proveedores de los mismos[5].

[5] Se supone que los jóvenes de entre 12 y 14 años demandan la misma cantidad de cuidados que la que son capaces de ofrecer, por lo que su efecto en el total es nulo. Para el cálculo del numerador (demandantes de cuidado), se asigna un ponderador que varía

Una estimación de este indicador, con base en los datos de población de Naciones Unidas, da cuenta de cómo la demanda de cuidados de las personas mayores se encuentra en franco proceso de crecimiento. En efecto, si bien se espera que hacia el 2050 la carga de cuidados total caiga de 27 a 22 personas dependientes por cada 100 personas no dependientes, cuando se observa la composición del indicador se nota que toda la caída se atribuye a la evolución de la carga de cuidados impuesta por los niños (que caerá de 25 a 14 por cada 100 personas no dependientes), mientras que la carga impuesta por las personas mayores subirá de 2 a 8 por cada 100 personas no dependientes en el período.

1.2 Condiciones de salud, discapacidad, y dependencia funcional en la población adulta mayor

A medida que la población envejece, aumenta el riesgo de contraer enfermedades y, debido a la reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, también aumenta el riesgo de discapacidad y las probabilidades de volverse dependiente. En las secciones que siguen analizamos en detalle la prevalencia de discapacidad y dependencia de la población adulta mayor mexicana, así como las principales condiciones de salud que la afectan.

Es importante aclarar que, aunque están relacionados, los conceptos de discapacidad, limitaciones, y dependencia, no son sinónimos. En el Recuadro 1 se clarifican algunas definiciones, cuyos matices son importantes al momento de interpretar los datos.

Recuadro 1. Discapacidad y dependencia: definiciones y conceptos

Es importante distinguir entre los conceptos de discapacidad y de dependencia funcional. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas 2006). La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011a, 2011b) siguen una definición similar, mientras que una definición más clínica se presenta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud 2017).

Medir el porcentaje de personas con discapacidad en una población utilizando un concepto tan amplio conlleva muchas dificultades técnicas y por lo tanto se utilizan instrumentos resumidos que mantienen una compatibilidad con el concepto general. Un ejemplo, es el cuestionario corto del Grupo de Washington (The Washington Group on Disability Statistics 2017) que suele ser la base para construir las baterías de preguntas que se incluyen en encuestas o censos para estimar la población con discapacidad. En este contexto se utilizan los conceptos de dificultades o limitaciones para realizar actividades que se relacionan con realizar movimientos (como caminar y usar los brazos), actividades sensoriales (como ver y oír) y cognitivas (como concentrarse y comunicarse).

En contraste, la dependencia se refiere a la situación de experimentar dificultad y requerir ayuda para realizar una serie de actividades elementales que se denominan actividades de la vida diaria (AVD) de manera permanente. Dichas actividades se clasifican en actividades básicas (ABVD) e instrumentales

según el grupo de edad, en función a la intensidad del cuidado que necesitan las personas en cada rango etario: se le asigna un peso igual a 1 a los niños menores de 6 años y a los adultos mayores de 85 años, y un peso de 0.5 a los niños entre 7 y 12 años y a los mayores entre 75 y 84 años.

(AIVD). Las primeras son un grupo muy elementales incluyendo desplazarse dentro de una habitación, usar el sanitario, comer, bañarse y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, realizar quehaceres, cocinar, desplazarse fuera de la vivienda en medios de transporte y tomar medicamentos. La definición excluye aquellas situaciones temporales que pueden derivarse de una enfermedad o accidente con pronósticos de pronta recuperación.

Esperanza de vida y años de vida saludable

Si bien el proceso de envejecimiento de la población plantea diversos desafíos a las familias, a las comunidades y a las sociedades en una gran diversidad de aspectos, uno de los efectos más relevantes es el impacto en los sistemas de apoyo familiar, particularmente en países como México, en donde los sistemas de salud y de seguridad social presentan retos importantes (Frenk et al. 2018 a, b). Así, no basta con saber cuántos años se ha incrementado la esperanza de vida de las personas para estimar las necesidades de apoyo, es necesario analizar la calidad de vida con que se viven dichos años. Uno de los indicadores utilizados para realizar este análisis es la esperanza de vida saludable al nacer, la cual indica cuántos de los años totales vividos se vivirán en un buen estado de salud. Para el año 2015, la esperanza de vida saludable al nacer fue de 63.1 años a nivel mundial y de 67.4 años (65.7 hombres, 69.1 mujeres) para México (OMS 2017).

Si complementamos estos datos con la esperanza de vida total, en promedio, de los 77 años que una persona espera vivir en México, 67 se vivirán en buen estado de salud (OMS 2017). Finalmente, si esta estimación se hace para el grupo de edad de 60 años y más, los datos indican que, a partir de esta edad, en promedio, las personas vivirán 22 años adicionales, 17 de ellos en buena salud (16.4 hombres, 17.7 mujeres) (OMS 2017).

Discapacidad y dependencia funcional

Discapacidad

En México, alrededor de 4.5 millones de personas viven en situación de discapacidad, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2010. Dicha cifra representa el 4% de la población total del país. La discapacidad se entiende como la dificultad para realizar al menos una de siete actividades fundamentales (caminar y moverse, ver, escuchar, hablar, actividades de autocuidado, aprender o concentrarse, y discapacidad mental) y no necesariamente implica la necesidad de cuidados, aunque las personas con discapacidad son más propensas a necesitar ayuda (ver Recuadros 1 y 2).

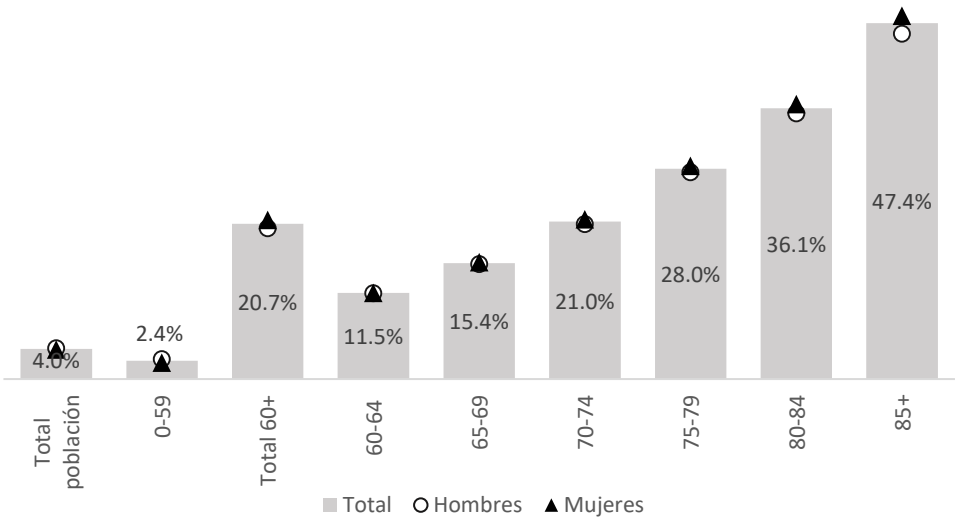
Son varias las causas que pueden desencadenar una situación de discapacidad. De acuerdo con el Censo, 16% de las personas con discapacidad en México tienen una discapacidad congénita; en un 37% de los casos la discapacidad tiene como origen una enfermedad, en un 13% se debe a un accidente y en 24% a la edad avanzada[6].

[6] El 10% restante de la discapacidad ocurre por otras causas, incluyendo causas no especificadas.

Como se observa en la Figura 3, la prevalencia de discapacidad aumenta de forma pronunciada con la edad, pasando de 2.4% entre los menores de 60 años, a más de 20% entre los mayores de esa edad, llegando a afectar a casi la mitad de la población entre las personas mayores de 85. No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres (INEGI 2013). Es importante destacar que, mientras las personas mayores de 60 años representan el 10% de la población total, la misma da cuenta de casi la mitad de las personas con discapacidad. Más aún, si la prevalencia de discapacidad por grupos de edad se mantiene, hacia 2050 habría más de 11 millones de personas con discapacidad en México, de los cuales 8 millones (alrededor del 70%) serían adultos mayores.

A medida que las personas envejecen, aumenta también el número de deficiencias o limitaciones que las afectan de manera simultánea. Como se observa en la Tabla 2, entre las personas con discapacidad, 85.5% declara tener solamente una limitación o deficiencia, 9.9% dice tener dos deficiencias o limitaciones, y 4.6% tres o más; entre los mayores de 85, el porcentaje de personas con múltiples limitaciones o deficiencias alcanza el 31.1% de las personas con discapacidad.

Figura 3. Porcentaje de la población con discapacidad por sexo y edad en 2010



Fuente: Adaptado del INEGI 2013.

Tabla 2. Distribución porcentual del número de deficiencias entre la población con discapacidad según grupo de edad en 2010

Edad	1 deficiencia	2 deficiencias	3 o más	Total
Total	85.5	9.9	4.6	100
0-14 años	86.1	7.8	6.1	100
15-29 años	87.7	7.6	4.7	100
30-59 años	90.6	7.1	2.3	100
60-84 años	83.5	12.1	4.4	100
85 años y más	68.9	17.8	13.3	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

La Tabla 3 muestra que la limitación para caminar o moverse ocupa el primer lugar, seguido de la dificultad para ver. En todos los casos, la prevalencia de la discapacidad aumenta con la edad, en particular, luego de los 60 años. En general, las mujeres presentan porcentajes un poco más altos que los hombres en las limitaciones de orden motriz, como caminar o moverse y atender el cuidado personal, mientras que los hombres presentan niveles más altos de deficiencias mentales y sensoriales, como la dificultad para hablar o comunicarse, escuchar, poner atención o aprender (notar que en la Tabla no se presenta la información desagregada por género).

Tabla 3. Porcentaje de personas con discapacidad por grupo de edad y tipo de discapacidad en 2010, entre la población total

		Tipo de deficiencia/limitación						
	Al menos una	Caminar o moverse	Ver[1]	Escuchar[2]	Hablar o comunicarse	Cuidado personal	Cognitiva[3]	Mental
Total de la población	4.0	2.2	1.2	0.4	0.4	0.2	0.2	0.4
Niños (0 a 14 años)	1.4	0.4	0.3	0.1	0.4	0.1	0.2	0.3
Jóvenes (15 a 29 años)	1.7	0.5	0.4	0.1	0.3	0.1	0.2	0.4
Adultos (30 a 59 años)	3.9	1.9	1.3	0.3	0.3	0.1	0.1	0.4
Total 60 y más	20.7	14.3	5.9	3.2	0.8	1.2	0.5	0.7
60-64 años	11.5	7.2	3.6	1.0	0.4	0.4	0.2	0.4
65-69 años	15.4	10.3	4.5	1.6	0.5	0.6	0.2	0.4
70-74 años	21.0	14.5	5.8	2.8	0.7	0.9	0.4	0.6
75-79 años	28.0	19.8	7.5	4.5	1.0	1.4	0.6	0.8
80-84 años	36.1	25.9	9.5	7.2	1.4	2.5	1.0	1.2
85 años y más	47.4	34.9	13.3	11.8	2.6	5.8	2.1	2.0

Nota: Hay casos en que una persona puede presentar más de una discapacidad.

(1) dificultad para escuchar aun utilizando aparato auditivo,

(2) dificultad para ver, aun utilizando lentes

(3) dificultad para prestar atención o aprender

Fuente: Elaboración de las autoras a partir de datos del INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico; INEGI 2013.

Del total de personas mayores en 2010, aproximadamente 2 millones declararon tener alguna deficiencia en por lo menos una de las dimensiones de discapacidad incluidas en el Censo. De este total, casi 70% declaró dificultad para caminar o moverse, 28% para ver aun utilizando lentes, 15% para escuchar aun utilizando aparato auditivo y casi 6% para atender su cuidado personal (Tabla 3). Al analizar este grupo por quinquenios de edad, se observa que la importancia de las limitaciones para caminar o moverse se mantiene relativamente elevada para todos los grupos de edad. Se nota, sin embargo, un aumento de la importancia de las limitaciones para atender el cuidado personal a medida que se avanza en edad, lo cual es de especial relevancia debido a las necesidades de cuidado que generalmente surgen debido a esta limitación.

Dependencia funcional en las personas mayores

Como se definió al inicio del estudio, la dependencia funcional se refiere a la dificultad para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). El Recuadro 2 explica cómo se mide la dependencia funcional en México.

Recuadro 2. Dependencia funcional, discapacidad, y su medición en México

La información sobre discapacidad se obtiene generalmente por medio de tres tipos de instrumentos: censos de población y vivienda, encuestas en hogares, y sistemas de registro administrativo. Al igual que otros países, México ha integrado preguntas sobre discapacidad en sus censos y, a partir de 2010, se une al esfuerzo internacional del denominado *Washington Group on Disability Statistics* (Grupo de Washington), creado en el marco de las Naciones Unidas con el objetivo de promover la creación y homogenización —con base en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)— de las estadísticas sobre discapacidad a nivel internacional (INEGI 2013).

Con base en las recomendaciones del Grupo de Washington, el Censo de Población y Vivienda 2010 incorpora un bloque de preguntas que tienen la finalidad de captar la dificultad que tiene la población para realizar distintas actividades, o dificultad en los sentidos, pero no registra su grado o magnitud, a diferencia de lo recomendado. Es decir, se capta la discapacidad total en una misma categoría, ya sea ésta ligera, moderada, grave o total (INEGI 2013).

Las preguntas incluidas en el Censo identifican dimensiones consideradas básicas del funcionamiento humano: ver, escuchar, caminar, recordar o concentrarse, autocuidado (bañarse, vestirse) y comunicarse. Para cada miembro del hogar se indaga si este tiene dificultad para realizar las siguientes actividades: a) caminar, moverse, subir o bajar; b) ver, aun usando lentes; c) hablar, comunicarse o conversar; d) oír, aun usando aparato auditivo; e) vestirse, bañarse o comer; f) poner atención o aprender cosas sencillas. Además de los dominios recomendados, el Censo 2010 incorpora una categoría para identificar a las limitaciones mentales, así como una pregunta sobre el origen de la dificultad reportada para identificar si es de nacimiento, por enfermedad, accidente, edad avanzada u otra causa.

El estudio de la dependencia funcional se ha centrado en el estudio de la capacidad de las personas para llevar a cabo, de manera independiente, sus actividades diarias. Fundamentalmente, la funcionalidad o su contraparte, la dependencia funcional, se estudia en dos esferas de actividades: las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, (AIVD). Mientras que las ABVD implican actividades de mantenimiento personal, las AIVD están mayormente relacionadas con la capacidad cognitiva y motriz, e implican una mayor complejidad y cierto grado de interacción de la persona con su entorno.

Existen dos fuentes de información que permiten el estudio de la dependencia funcional en adultos y adultos mayores: la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) para adultos de 60 años y más, y la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) para adultos de 50 años y más. Ambas encuestas se realizan en persona, en el hogar del participante seleccionado, y no incluyen a personas que viven en instituciones de estancia permanente como residencias de personas mayores. En la ENASEM, para los casos en que la persona tiene alguna discapacidad, enfermedad o deterioro cognitivo, se identifica un informante sustituto quien proporciona la información a través de un cuestionario específico.

En cuanto a dependencia funcional, tanto ENASEM como ENSANUT indagan si la persona tiene dificultad para realizar las ABVD (vestirse, bañarse, comer, acostarse y levantarse de la cama y usar el excusado) y las AIVD (preparar una comida caliente, hacer las compras, administrar sus medicamentos y manejar su dinero). Específicamente, se pide al entrevistado que reporte (auto-reporte) si tiene dificultad para realizar cada actividad, pero no sobre el grado de dificultad. Por lo tanto, se puede analizar la prevalencia de dependencia funcional en una o más actividades, pero no la severidad de las mismas.

La ENASEM es un estudio longitudinal, cuyo objetivo principal es proporcionar información que permita caracterizar las condiciones sociodemográficas, socioeconómicas y de salud de la población adulta mayor. Es representativa a nivel nacional de la población de 50 años y más, quienes, con sus respectivos cónyuges, han sido entrevistados hasta ahora en 4 ocasiones en el año 2001, 2003, 2012 y 2015.

La ENSANUT, por su parte, es una encuesta transversal que permite realizar diagnósticos sobre las condiciones de salud en la población, así como la utilización de distintos servicios de salud. La encuesta identifica 5 grupos prioritarios de edad para los cuales aplica cuestionarios específicos: niños preescolares de 0 a 4 años, escolares de 5 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años y adultos de 20 años y más. Por primera vez en las encuestas de salud, la ENSANUT 2012 incluyó una muestra representativa de adultos de 60 años y más, e incluyó preguntas sobre dependencia funcional.

El marco de muestreo de la ENASEM es representativo a nivel nacional y de localidades urbanas y semi-urbanas, es decir, localidades mayores o menores de cien mil habitantes, respectivamente, mientras que la ENSANUT incorpora cuatro estratos: rural (localidades con menos de 2 mil 500 habitantes); urbano (≥2 mil 500 y <100 mil, no incluidas en el metropolitano); metropolitano (100 mil habitantes o más, capitales o áreas metropolitanas), y localidades de nueva creación, es decir, que aparecen por primera vez en el Censo de Población 2010. En este sentido no identifican ni permiten el análisis para sub-grupos de la población, como grupos indígenas o étnicos, inmigrantes, etc.

En el año 2015, según la ENASEM, el 22.1% de las personas mayores de 60 años reportó experimentar dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas, mientras que 14.6% reportó tener dificultad para realizar al menos una de las actividades instrumentales. La prevalencia de dificultades es mayor para las mujeres: un 25.1% de las mayores de 60 tiene dificultades para la realización de las actividades básicas y 18.5% para las actividades instrumentales, en comparación con 18.6% y 10% en el caso de los hombres, respectivamente. Estas cifras coinciden con los datos que surgen de la ENSANUT (2012).

La presencia de dificultades aumenta a medida que avanza la edad. Por ejemplo, el porcentaje de personas con dificultades para realizar actividades básicas es 15% en el grupo de 60 a 69 años, y aumenta a casi 44% en el grupo de 80 años y más (Tabla 4). Este patrón se observa también en el caso de las actividades instrumentales, y tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 4. Porcentaje de población con dependencia por edad y género en 2015[7]

	ABVD			AIVD		
Grupo de edad	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
60 y más	25.1	18.6	22.1	18.5	10.0	14.6
60 a 69	18.2	12.0	15.4	10.0	4.6	7.6
70 a 79	26.7	19.9	23.5	21.9	11.9	17.2
80 y más	47.3	39.4	43.7	49.0	27.2	38.6

Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la ENASEM 2015.

Además, con el aumento de la edad, es más probable que se tengan dificultades para realizar más de una actividad: entre los mayores de 60 años, el 12% tiene dificultad para realizar dos o más actividades básicas, mientras que entre los mayores de 80, este porcentaje sube a más del 25%.

Tal como lo muestra la Tabla 5, entre las actividades básicas, acostarse y levantarse de la cama, caminar, y vestirse son las actividades en las que mayor porcentaje de personas mayores reporta tener dificultades, tanto en hombres como en mujeres.

Entre las actividades instrumentales la que más dificultad presenta es la de realizar las compras, con porcentajes que, en el caso de las mujeres, van desde el 8% en el grupo de 60 a 69 años, hasta 41% en el de 80 años y más. Al igual que con las actividades básicas, la dificultad para realizar actividades instrumentales crece a medida que incrementa la edad, y es el grupo de 80 años y más el que presenta mayor prevalencia de dificultad reportada en las cuatro actividades estudiadas, así como en la ayuda recibida (Tabla 6).

Tabla 5. Población con dificultades para realizar actividades básicas en 2015

Grupo de edad	Vestirse		Caminar en un cuarto		Bañarse		Comer		Acostarse y levantarse		Usar el excusado	
	dificultad	ayuda	dificultad	ayuda	dificultad	ayuda	dificultad	ayuda	dificultad	ayuda	dificultad	ayuda
Hombres												
60 a 69	7.3	23.6	4.0	33.7	2.7	46.4	2.4	33.6	4.6	27.9	2.7	33.3
70 a 79	11.0	21.1	9.0	33.1	4.6	69.7	4.0	44.4	6.9	46.6	8.5	28.2
80 y más	19.6	55.6	23.2	37.8	17.6	79.1	8.7	79.6	18.6	59.7	12.7	67.4
Mujeres												
60 a 69	9.8	32.8	5.7	42.1	4.2	62.0	4.6	63.0	9.2	29.7	6.4	40.2
70 a 79	14.6	43.3	11.5	29.6	6.9	70.2	2.9	71.0	13.7	32.2	9.3	36.7
80 y más	23.2	66.1	31.2	46.3	27.8	82.1	13.0	80.9	23.0	62.3	19.9	72.2

Nota: para cada actividad, en la primera columna se muestra el porcentaje de personas que tienen dificultades sobre el total de la población para cada grupo de edad y sexo; en la segunda columna se muestra, la proporción que recibe ayuda, entre quienes tienen dificultades.
Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la ENASEM 2015.

[7] Nótese que en Aranco et al. (2018), a fin de garantizar la comparabilidad entre los países, no se considera "caminar" entre las ABVD. Por tal razón, las cifras agregadas en la Tabla A1.2 de México difieren de las presentadas aquí.

Tabla 6. Población con dificultades para realizar actividades instrumentales en 2015

	Preparar comida		Realizar compras		Tomar medicamentos		Manejar su dinero	
	dificultad	ayuda	dificultad	ayuda	dificultad	ayuda	dificultad	ayuda
Hombres								
60 a 69	1.9	82.5	2.9	77.4	1.0	90.4	1.5	84.4
70 a 79	5.7	97.0	7.6	89.5	5.2	79.8	2.9	85.7
80 y más	17.6	85.3	19.3	82.2	11.9	97.5	11.2	86.7
Mujeres								
60 a 69	3.7	73.7	8.1	82.1	2.7	77.4	2.3	63.7
70 a 79	8.3	86.7	18.1	91.7	6.5	72.6	3.8	74.6
80 y más	22.9	96.7	41.1	98.0	17.4	87.4	15.3	91.9

Nota: para cada actividad, en la primera columna se muestra el porcentaje de personas que tienen dificultades sobre el total de la población para cada grupo de edad y sexo; en la segunda columna se muestra, la proporción que recibe ayuda, entre quienes tienen dificultades.

Fuente: Cálculos propios a partir de datos de la ENASEM 2015.

De las personas mayores que tienen algún grado de dificultad en la realización de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, el 62% recibe algún tipo de ayuda. Este porcentaje es considerablemente mayor en el caso de las personas que presentan dificultades para la realización de las actividades instrumentales (86%) que entre aquellas que tienen dificultades para la realización de las actividades básicas (41%). Si bien el hecho de recibir ayuda podría considerarse como una aproximación a la gravedad de la dependencia, debe tenerse en cuenta que el contar con la misma dependerá no sólo de la necesidad, sino también de la oferta disponible en términos de personas, instituciones, o servicios que provean dicha ayuda.

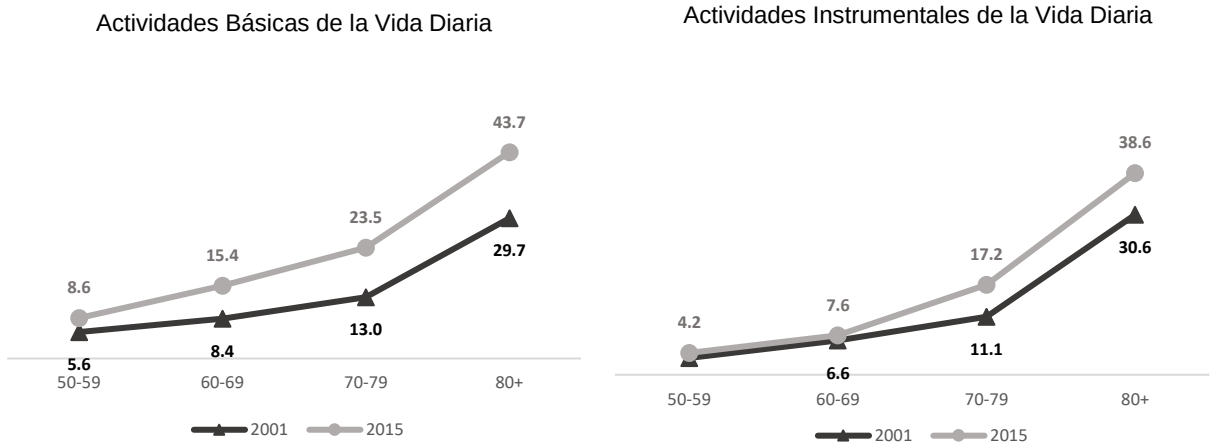
Entre las actividades básicas, bañarse y comer son las actividades en las que un mayor número de personas mayores recibe ayuda de entre aquellos que tienen dificultad para hacerlo, independientemente del género, y en todos los grupos de edad. Destaca el que aproximadamente 50% de los entrevistados de 60 a 69 años que tienen dificultad para bañarse reportan recibir ayuda para hacerlo, pues puede reflejar una dependencia que irá creciendo, requiriendo cada vez de mayor apoyo para realizarlo (Tabla 5).

En el caso de las actividades instrumentales, el porcentaje de personas que recibe ayuda es alrededor del 80%-90% para la mayoría de las actividades, llegando incluso a casi el 100% en algunos casos. Se destaca que, independientemente de la actividad y el grupo de edad, las mujeres son quienes por lo general reciben menos ayuda, salvo en el caso de hacer las compras (Tabla 6).

Del total de la ayuda recibida con las actividades básicas, más del 60% es proveída por hijos, yernos/nueras, o nietos, y el 30% lo provee la pareja, mientras que solamente un 4% proviene de una persona contratada para la tarea. En cuanto a las personas que proveen ayuda para realizar las actividades instrumentales, también la mayoría proviene de hijos, yernos/nueras, o

nietos (64%), alrededor de una tercera parte proviene de la pareja, mientras que un porcentaje mínimo es proporcionado por personas contratadas (1%).
La comparación de los resultados de las distintas rondas de ENASEM permite analizar los cambios en el nivel de dependencia a través del tiempo. Así, como evidencia la Figura 4, entre 2001 y 2015 se observa un incremento en el porcentaje de personas mayores que reportan dificultad en al menos una actividad básica; esto sucede tanto en el caso de mujeres como en el de hombres. Para las actividades instrumentales, también se observa una tendencia creciente; en el caso de las mujeres esto se observa en todos los grupos de edad, mientras que, entre los hombres, esta tendencia sólo se observa a partir de los 70 años (el análisis por género no se muestra en la Figura 4).

Figura 4. Población en situación de dependencia por edad y género 2001 y 2015



Fuente: Cálculos propios a partir de ENASEM 2001 y 2015.

Este aumento de la dependencia en todos los grupos de edad estaría sugiriendo un deterioro en las condiciones de salud de la población adulto mayor en relación con el paso el tiempo. Si la tendencia continúa, implicará un incremento aun mayor de la demanda de cuidados de largo plazo del país ya que, a las propias presiones demográficas, que significan un aumento de la proporción de adultos mayores en el total, se le deberán sumar las derivadas del empeoramiento de la salud de este grupo poblacional. Es importante, por lo tanto, entender cuáles son las condiciones de salud que afectan a los adultos mayores en México, de manera que puedan generarse las estrategias de prevención necesarias para alivianar dicha carga. Este es el objetivo del siguiente apartado.

Condiciones de salud de los adultos mayores

Principales causas de mortalidad y morbilidad en las personas mayores

El aumento en la esperanza de vida de la población ha ocasionado que la mayor parte de las defunciones ocurran en edades avanzadas. Adicionalmente, el perfil epidemiológico del país está dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles, tanto en hombres como en mujeres. A medida que la población envejece, estas enfermedades ganan importancia frente a las

enfermedades infecciosas, proceso conocido como transición epidemiológica, y ocasionan actualmente más de la mitad de las defunciones en el país. El estudio de las principales causas de mortalidad y morbilidad es fundamental para la caracterización epidemiológica de una población.

Los datos del Estudio Global sobre la Carga de Enfermedad en México indican que la diarrea y otras enfermedades infecciosas representaban la segunda causa de mortalidad en 1990 y en 2016 habían pasado al octavo lugar. En contraste, la diabetes pasó de ser la cuarta causa de mortalidad a segundo lugar, y los trastornos neurológicos pasaron de ser la décima a la cuarta causa de mortalidad (CGE 2016). La Tabla 7 muestra el impacto de los principales problemas de salud en la mortalidad de los adultos y personas mayores del país, y su evolución entre 1990 y 2016.

Las principales causas de mortalidad en 2016 entre las personas mayores de 70 años, que acumulan más del 60% de las muertes son: las enfermedades cardiovasculares (31%), la diabetes junto con otras enfermedades endócrinas (20%), las neoplasias (12%), los trastornos neurológicos (12%), y las enfermedades respiratorias crónicas (8%). Entre las mujeres, las enfermedades neurológicas reemplazan a los neoplasmas como tercera causa. Entre la población de entre 50 y 69 años, la importancia de las enfermedades es similar, salvo por una mayor importancia de la cirrosis, que explica casi el 11% del total de muertes, ocupando el cuarto lugar en la lista, y una menor importancia de las enfermedades neurológicas, que explican menos del 2% de las muertes en ese grupo de edad. (CGE 2016). En conclusión, revisando la contribución de las 10 principales causas de muerte al total de muertes y su cambio en un periodo de 15 años entre los adultos de 50 años y más, se observa el significativo peso de cuatro enfermedades crónicas, las cuales causan entre el 60% y 70% del total de las muertes en el periodo.

Tabla 7. Principales causas de muerte en personas mayores, 1990 y 2016 (% del total de muertes)

	Panel A: 50 a 69 años			
	1990	**%**	**2016**	**%**
1	Enfermedades cardiovasculares	22	Diabetes, y enfermedades endócrinas, urogenitales y de sangre	29
2	Diabetes, y enfermedades endócrinas, urogenitales y de sangre	19	Enfermedades cardiovasculares	20
3	Neoplasias	18	Neoplasias	19
4	Cirrosis	11	Cirrosis	11
5	Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias bajas y otras infecciones comunes	5	Enfermedades respiratorias crónicas	3
6	Enfermedades respiratorias crónicas	4	Enfermedades digestivas	3
7	Lesiones no intencionales	4	Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias bajas y otras infecciones comunes	3
8	Enfermedades digestivas	3	Suicidio y violencia interpersonal	2
9	Lesiones por accidentes de transporte	3	Lesiones no intencionales	2
10	Suicidio y violencia interpersonal	3	Lesiones por accidentes de transporte	2
	Otras	9	Otras	6

	Panel B: 70 años y más			
	1990	**%**	**2016**	**%**
1	Enfermedades cardiovasculares	31	Enfermedades cardiovasculares	31
2	Diabetes y enfermedades endócrinas, urogenitales y de sangre	14	Diabetes y enfermedades endócrinas, urogenitales y de sangre	20
3	Neoplasias	12	Neoplasias	12
4	Trastornos neurológicos	10	Trastornos neurológicos	12
5	Enfermedades respiratorias crónicas	8	Enfermedades respiratorias crónicas	8
6	Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias bajas y otras infecciones comunes	6	Cirrosis	4
7	Deficiencias nutricionales	4	Enfermedades digestivas	4
8	Enfermedades digestivas	4	Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias bajas y otras infecciones comunes	3
9	Cirrosis	3	Deficiencias nutricionales	2
10	Lesiones no intencionales	3	Lesiones no intencionales	2
	Otras	5	Otras	2

Fuente: Elaborado con base en los datos de https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.

El estudio de la carga de enfermedad es también una herramienta útil en el estudio del perfil epidemiológico de un país. La carga de enfermedad se mide a través del análisis de los años de vida saludables perdidos, los cuales se componen de los años de vida perdidos por una muerte prematura y los años de vida vividos saludables perdidos por discapacidad. Es decir, resume la carga generada por vivir con una o más enfermedades o discapacidades, o por morir prematuramente a causa de ellas. En el Recuadro 3 se definen en mayor detalle estos conceptos.

Recuadro 3. Carga Global de Enfermedades: definiciones y conceptos

El estudio sobre la *Carga Global de Enfermedades* calcula la carga total de enfermedades para una lista de 328 condiciones en países de todas partes del mundo a partir de 1990. La carga total de enfermedades se expresa como la cantidad de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) o, lo que es lo mismo, los años de vida saludable que se pierden a causa de la presencia de enfermedades, accidentes o incapacidad. El concepto se calcula como la suma de dos factores: los años perdidos por muerte prematura (APMP, o carga de mortalidad), y los años de vida saludable perdidos por incapacidad, considerada esta como cualquier condición de salud que afecte el funcionamiento óptimo del individuo (AVD, o carga de morbilidad) (Chen et al. 2015).

Los años perdidos por muerte prematura se calculan, por un lado, como el producto del número de muertes ocurridas en determinada población en un período de tiempo dado y, por otro, como la diferencia entre la edad de muerte y la esperanza de vida máxima a dicha edad. Para definir lo que se considera una muerte prematura, se construyen tablas de esperanza de vida “normativas” basadas en la tasa de mortalidad mínima observada para cada edad en poblaciones de más de cinco millones de habitantes. En 2016, por ejemplo, la esperanza de vida máxima al nacer era de 86.59 años, y la esperanza de vida máxima a los 65 años era de 23.79 años adicionales. Así, un recién nacido que muere antes del año significa 86.59 años perdidos por muerte prematura, mientras que si una persona muere a los 65 años aporta 23.79 al cálculo de años perdidos por muerte prematura (Kassebaum et al. 2016). Para llegar al número final, se suman los años perdidos a partir de las muertes ocurridas en toda la población en un período de tiempo dado.

Los años de vida saludable perdidos por incapacidad se calculan como el producto del número de casos prevalentes para cada condición y un ponderador que representa el impacto que dicha condición tiene sobre la calidad de vida de la persona que la padece. El valor de este ponderador surge de encuestas realizadas a individuos en diferentes países del mundo, en las cuales se les pide ordenar sus preferencias al comparar diferentes estados de salud. En 2016, estas encuestas se realizaron a 600 mil individuos alrededor del mundo.

En cuanto al impacto de la carga de enfermedades para México se estimó, para la población total, que en el año 2010 se perdieron 26.2 millones de años de vida saludable (AVAD), 56% en hombres y 44% en mujeres. Las principales causas de pérdida de años de vida saludable en hombres fueron violencia, cardiopatía isquémica y los accidentes de tránsito. En las mujeres fueron la diabetes, la enfermedad renal crónica y la cardiopatía isquémica. Por otra parte, los trastornos mentales y músculo-esqueléticos concentran 18% de la carga (Lozano et al. 2013).

Entre las personas de 60 años o más, las principal causa de años perdidos por discapacidad y muerte prematura en 2015 fue la diabetes mellitus, con casi 14% de la carga de enfermedad total. De la carga de enfermedad causada por diabetes, casi dos terceras partes se deben a mortalidad prematura, mientras que un tercio corresponde a años vividos con discapacidad. Por otra parte, la cardiopatía isquémica y la enfermedad renal crónica son causa de años perdidos casi exclusivamente por mortalidad prematura, mientras que los trastornos de los órganos de los sentidos contribuyen a la carga de enfermedad como grandes generadores de discapacidad (Gutiérrez Robledo et al. 2017).

Prevalencia de enfermedades crónicas y multimorbilidad

Debido a la importancia de las enfermedades crónicas como factor que compromete la funcionalidad humana, causa discapacidad, potencia la dependencia y, en consecuencia, aumenta las necesidades de apoyo para realizar actividades de la vida diaria, es importante analizar la prevalencia de estas enfermedades entre la población, tanto de forma aislada, como la presencia de dos o más de estas enfermedades, lo que se conoce como multimorbilidad.

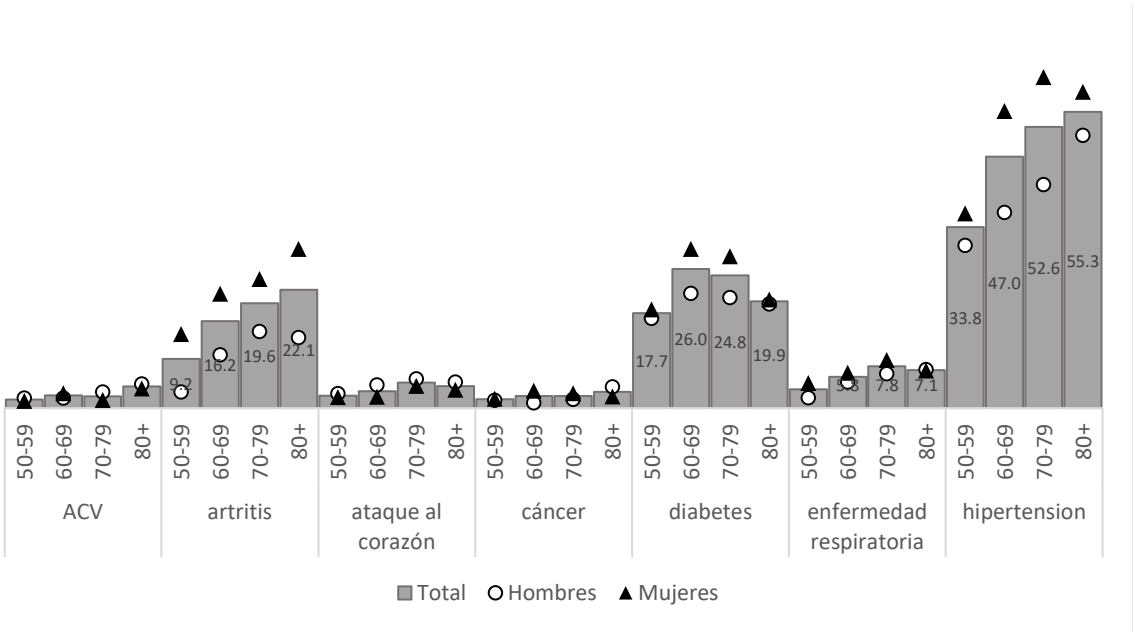
México cuenta con dos fuentes de información recientes para estimar las condiciones de salud de las personas mayores, incluyendo la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas: la ENSANUT y la ENASEM, ambas presentadas en el Recuadro 2. Ambos estudios investigan la prevalencia de enfermedades crónicas. Mientras que ambas se basan en el auto reporte de un diagnóstico médico, la ENSANUT incluye, además, biomarcadores como prueba de glucosa en sangre y toma de presión arterial, lo cual permite detectar enfermedades como diabetes e hipertensión en aquellos que no cuentan aún con un diagnóstico previo, pero que padecen la enfermedad. Es, por lo tanto, una fuente importante para estimar el nivel de subdiagnóstico de las principales enfermedades.

De acuerdo con los datos de la ENASEM, del total de personas mayores entrevistadas en 2015, 66% reporta haber sido diagnosticada con, por lo menos, una enfermedad crónica; tal como se observa en la Figura 5, la prevalencia aumenta con la edad y es mayor entre las mujeres para la

mayoría de las enfermedades. Cabe destacar que los datos coinciden, a grandes rasgos, con lo reportado por la ENSANUT.

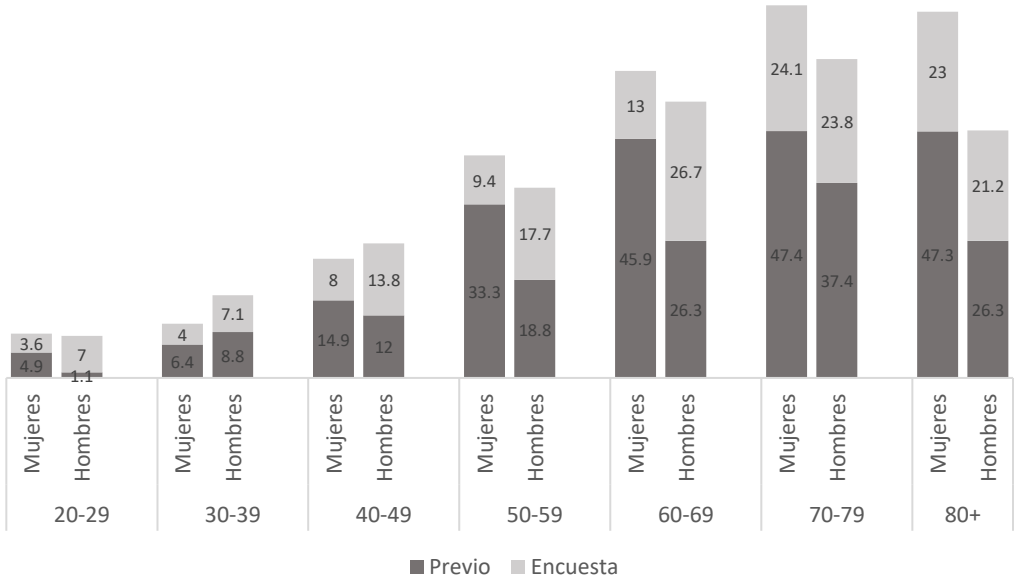
Al analizar las cifras anteriores debe tenerse en cuenta que las mismas no dan total cuenta de la magnitud del problema, debido a los altos niveles de subdiagnóstico existente entre la población mexicana. Por ejemplo, la ENSANUT 2016 encontró que, en el caso de la hipertensión, menos del 50% de los hombres hipertensos estaba al tanto de su condición; el nivel de subdiagnóstico entre las mujeres es menor, pero aun así, alcanzó el 30% de las encuestadas. En la Figura 6 se muestra el total de personas hipertensas, según conocimiento previo de su condición, por sexo y grupo de edad. Como se puede observar, al considerar aquellos individuos que desconocían su condición, la prevalencia de la hipertensión aumenta considerablemente, llegando a casi el 70% de las mujeres y al 50% de los hombres entre los mayores de 80 años.

Figura 5. Población de 50 años y más diagnosticada con alguna enfermedad, por tipo de enfermedad y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de ENASEM 2015.

Figura 6. Prevalencia de hipertensión arterial por edad y género en 2016



Nota: Previo se refiere a individuos que tenía diagnóstico previo de hipertensión; Encuesta se refiere a individuos que, al momento de realizarse la encuesta y antes de la toma de tensión arterial, no se sabían hipertensos.
Fuente: ENSANUT MC 2016.

Si bien al considerar a la población que ya contaba con un diagnóstico previo de la enfermedad, se observa un incremento de la prevalencia al entre 2012 y 2016, el mismo desaparece al considerar la prevalencia ajustada por subdiagnóstico (esto es, considerando tanto los casos previamente diagnosticados como los diagnósticos nuevos). Esto estaría sugiriendo una mejora en los niveles de control de la enfermedad (ENSANUT MC 2016). Los datos indican que más del 40% de los adultos mexicanos que tenían diagnóstico de hipertensión previo a la realización de la encuesta estaban siguiendo algún tratamiento para su control.

A medida que la edad avanza, se suelen observar cuadros clínicos complejos en los que es normal exista multimorbilidad. Los datos de la ENASEM (2015) muestran que alrededor del 30% de los mayores de 60 años fue diagnosticado con más de una enfermedad crónica.

Recuadro 4. Medir la condición de la persona mayor a través del concepto de fragilidad

Para evaluar el riesgo aumentado de una pérdida de dependencia funcional en las personas mayores, se desarrolló recientemente el concepto de fragilidad, el cual está asociado a una mayor vulnerabilidad y menor resistencia a eventos adversos y, por lo tanto, una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades, experimentar caídas, hospitalizaciones, y muerte (Fried et al. 2001; 2004).

No existe un acuerdo en cuanto a la definición y medición de fragilidad; dos de los criterios más utilizados son el Fenotipo de Fragilidad (Fried et al. 2001) y el Índice de Fragilidad (Rockwood et al. 2007). Ambos conceptos son comparados en Cesari et al. (2014). El primero propone cinco indicadores de fragilidad: la pérdida de masa corporal, fuerza, resistencia, y capacidad para caminar, así como la presencia de bajos niveles de actividad, debiendo coexistir varios de estos componentes simultáneamente para que se pueda hablar de fragilidad. Un individuo es clasificado como "frágil" si presenta tres o más signos, "pre-frágil" si presenta uno o dos, y "no frágil" si no presenta ninguno. El segundo es un índice continuo, que considera una lista 70 condiciones clínicas y de salud.

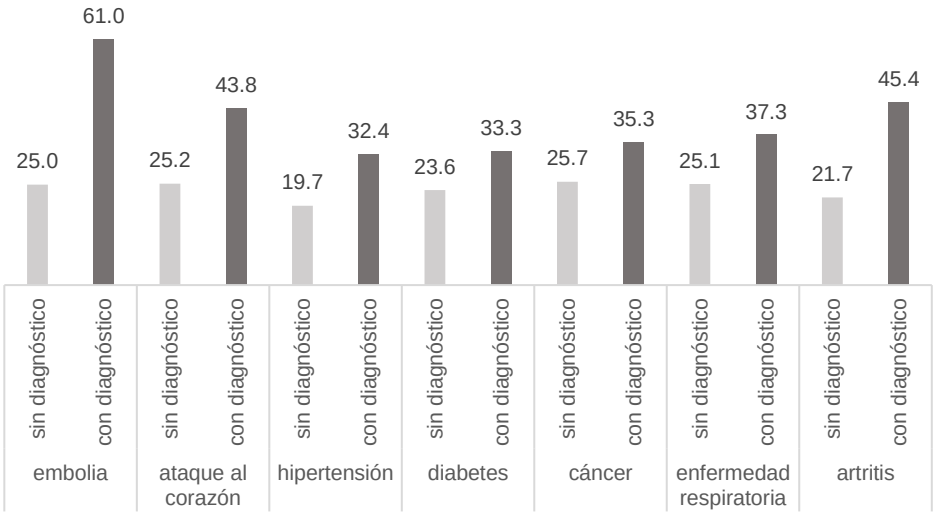
Utilizando el concepto de Fenotipo de Fragilidad de Fried, las mediciones de fragilidad para la población adulta mayor mexicana varía en un rango que va desde el 14% al 37%; por su parte, sólo un estudio ha medido la fragilidad con el Índice de Rockwood, ubicándola en un 27% de la población adulta mayor (García Peña et al. 2016). Sea cual sea la definición utilizada y la forma de medición, existe consenso en que la condición de fragilidad es un buen predictor de la condición de dependencia y mortalidad.

Relación entre la dependencia y enfermedades crónicas

Es importante analizar la prevalencia de enfermedades crónicas entre las personas con dependencia funcional como insumo importante para describir la demanda por cuidados. Las enfermedades crónicas pueden tener secuelas causantes de discapacidad y dependencia, y también influyen en el tipo de servicios de cuidado que se requieren.

Según los datos de la ENASEM (2015), entre las personas que reportan tener alguna enfermedad crónica, el 27% reporta también dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria, mientras que, entre quienes no tienen condiciones crónicas, el 10% tiene dificultades. Al analizar por separado la situación de las personas de 60 años y más que padecen enfermedades crónicas e indagar su relación con la dependencia funcional, se encontró que las enfermedades crónicas que están mayormente relacionadas con presentar dificultad para realizar por lo menos una actividad de la vida diaria son la embolia, la artritis, y el haber tenido un ataque al corazón: en efecto, la proporción de personas que tiene dificultades para realizar actividades se duplica entre quienes padecen de estas enfermedades respecto a quienes no fueron diagnosticados. Estas relaciones se hacen evidentes en la Figura 7.

Figura 7. Proporción de personas mayores con limitación para realizar AVD, según presencia de enfermedades crónicas



Fuente: Cálculos propios a partir de datos de ENASEM 2015.

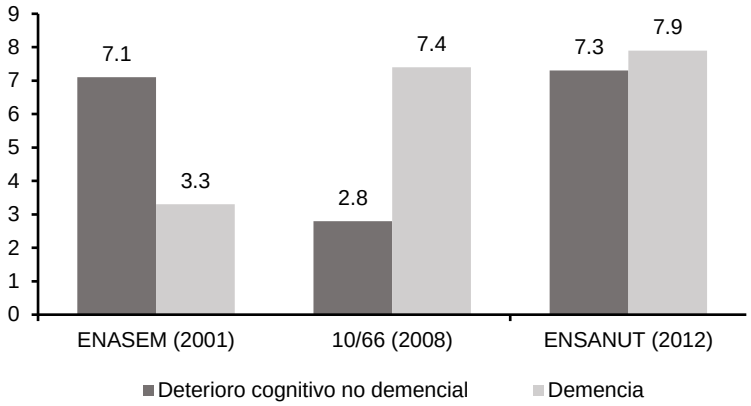
Deterioro cognitivo y demencias

El deterioro cognitivo y las demencias son factores importantes en la dependencia funcional y la necesidad de atención personal y a la salud (Prince et al. 2016), ya que implican la pérdida progresiva de la memoria y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Tres estudios en México, dos basados en encuestas nacionales de población (ENASEM 2001 y ENSANUT 2012), y uno basado en un estudio multinacional sobre demencias (10/66[8]), permiten estimar la prevalencia de deterioro cognitivo y demencia. Si bien los estudios no parten de los mismos instrumentos de medición, permiten contar con cifras para estos padecimientos en distintos momentos. La Figura 8 presenta los resultados de estos estudios.

El primer estudio estimó, en el año 2001, una prevalencia de 7% de deterioro cognitivo no demencial y de 3% de demencia en personas mayores. Para el año 2008, el estudio 10/66, primer estudio sobre demencia a nivel poblacional en México, estimó una prevalencia de demencia de 7%, mientras que, en el año 2012, datos de ENSANUT mostraron una prevalencia de la demencia de 8%.

[8] El Grupo de Investigación de Demencia 10/66 es un grupo colaborador que estudia la demencia e incluye 16 mil participantes de los estudios basados en población en China, México, República Dominicana, Cuba, Perú, Argentina y Venezuela. El estudio tiene el objetivo de estimar prevalencias de demencia e identificar posibles factores de riesgos para desarrollar demencia, incluyendo salud cardiovascular, factores genéticos, dieta deficiente, entre otros, así como entender las diferencias entre tipos de demencia, mortalidad, accidentes cerebrovasculares y depresión entre países y culturas. En México, la muestra del estudio incluyó a mil adultos de 65 años y más del ámbito rural y mil del ámbito urbano de los cuales, alrededor de, 33% no tienen educación formal, 51% no completaron la primaria, 25% recibían una pensión o apoyo gubernamental (pensión no contributiva) y cerca del 60% son mujeres.

Figura 8. Prevalencia de demencia y deterioro cognitivo no demencial en personas mayores



Nota: El grupo de edad varía entre estudios, siendo de 65 años y más en el estudio 10/66, y de 60 años y más en ENASEM y ENSANUT.
Fuente: Gutiérrez Robledo et al. 2016, p. 26.

En cuanto a la distribución de la prevalencia de la demencia por algunas características demográficas y sociales, datos del estudio 10/66 en México estimaron una prevalencia de demencia en la población de 65 años y más de 8.5% en el ámbito rural y de 8.6% en el ámbito urbano. Como se puede observar en la Tabla 8, la prevalencia es mayor a medida que avanza la edad. Por otra parte, a excepción del grupo de edad de 70 a 74 años del ámbito urbano, las mujeres presentan prevalencias más altas que los hombres y en mayor medida en el ámbito urbano que en el rural.

Tabla 8. Prevalencia de demencia por grupo de edad y sexo de acuerdo con 10/66

	Grupo de Edad					
	65–69 años	**70–74 años**	**75–79 años**	**≥80 años**	**Prevalencia total**	**Prevalencia estandarizada***
Urbano						
Hombres	0	5.1	3.8	16.3	8.6 (6.8 – 10.4)	7.4 (5.9 – 8.9)
Mujeres	0.5	4.3	13.5	25.2		
Rural						
Hombres	0	2.9	6.9	20.7	8.5 (6.7 – 10.3)	7.3 (5.7 – 9.0)
Mujeres	2.0	6.0	9.7	22.9		

Notas: *Estandarizada por edad, sexo y nivel educativo. Intervalos de confianza reportados en paréntesis.
Fuente: Llibre Rodríguez et al., 2008.

Factores de riesgo

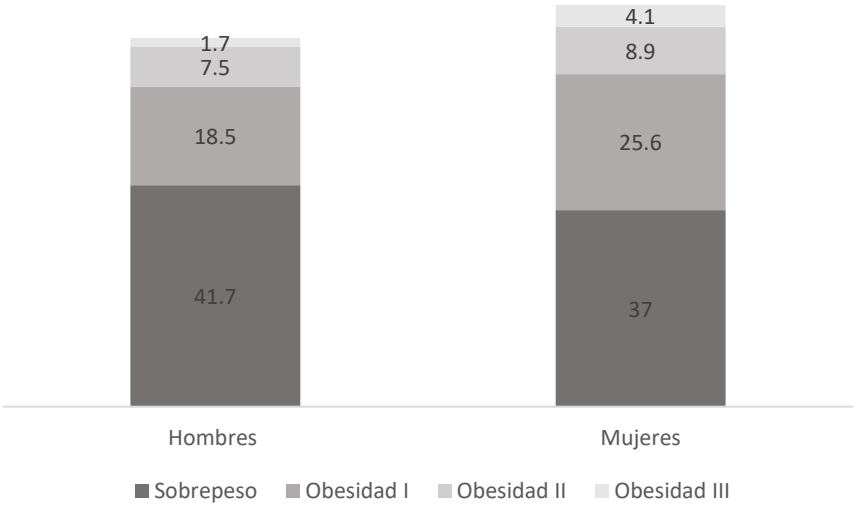
La edad no es la única causa detrás de la aparición de enfermedades crónicas. Existen también factores de riesgo conductuales, ambientales y biológicos que influyen en la probabilidad de contraer alguna de estas condiciones. El consumo de tabaco y alcohol, alimentación de mala calidad y el sedentarismo, dan como resultado un aumento en los niveles de obesidad,

hipertensión, colesterol, y azúcar en sangre, los cuales se relacionan con el desarrollo de enfermedades crónicas. En este apartado analizamos los factores de riesgo que están presentes en la población mexicana a través de los datos de la ENASEM y la ENSANUT.

La alta prevalencia de obesidad y sobrepeso desde edades tempranas en México merece especial atención, dada su alta correlación con el desarrollo, no sólo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, algunos tipos de cáncer, artritis y otros problemas óseos, sino también de otros factores de riesgo, como la hipertensión o la hipercolesterolemia.

Datos de la ENSANUT 2016 muestran que, para la población de 20 años y más, la prevalencia de sobrepeso y obesidad combinadas llega al 72% de la población, con niveles de obesidad más altos entre las mujeres que entre los hombres, tal como muestra la Figura 9. Si bien las cifras permanecen prácticamente invariables respecto a los datos de 2012, el análisis de la tendencia de largo plazo muestra un incremento importante de esta afección para ambos sexos: en el caso de las mujeres mayores de 20, la obesidad aumentó 290% desde 1988; en el caso de los hombres se produjo un aumento de 43% desde el año 2000 (ENSANUT MC 2016).

Figura 9. Prevalencias de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 20 años y más



Nota: Sobrepeso: IMC=25-29.9; Obesidad I: IMC=30-34.9; Obesidad II: IMC=35-39.9; Obesidad III: IMC≥40;
IMC: Índice de Masa Corporal
Fuente: ENSANUT MC (2016).

Se ha estimado que el costo directo de la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad, como las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, hipertensión, algunos cánceres, y diabetes mellitus tipo 2, se incrementó en un 61% en el periodo 2000-2008, al pasar de 26 mil millones a por lo menos 42 mil millones de pesos (en valores constantes de 2008). Por otra parte, se estima que el costo indirecto derivado de la pérdida de productividad por muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad ha aumentado de 9 mil millones de pesos en el 2000 (en valores de 2008) a 25 mil millones de pesos en el 2008 (Dávila-Torres et al. 2015).

Los altos niveles de obesidad están asociados, entre otras cosas, a un bajo nivel de actividad física y a una dieta poco saludable. En efecto, los datos de la ENSANUT (2016) muestran un elevado consumo de bebidas azucaradas, dulces, carnes procesadas y comidas rápidas, entre la población adulta mexicana. El porcentaje de adultos que no realizan la cantidad mínima de minutos semanales de actividad física (recomendada por la OMS) resultó ser 14%, mostrando una leve mejora respecto a los datos de 2012.

Los malos hábitos alimenticios y el comportamiento sedentario también dan como resultado niveles elevados de colesterol, condición que se asocia al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades renales, entre otras. Sólo el 44% de los adultos mexicanos reportaron haberse controlado los niveles de colesterol. Entre ellos, 28% fueron diagnosticados con hipercolesterolemia, siendo la prevalencia aún más elevada entre las personas de 50 a 79 años, pudiendo llegar a casi 40% (ENSANUT EC 2016).

El análisis de este apartado pone en evidencia que, si estas tendencias continúan, es de esperar que la prevalencia de enfermedades crónicas aumente todavía más en el futuro próximo. Dada la relación entre el desarrollo de enfermedades crónicas y la pérdida de autonomía en el largo plazo, si esto sucede, se intensificarán las presiones sobre la oferta de cuidados a la dependencia.

1.3 Características socioeconómicas de la población adulta mayor

Parte fundamental del bienestar de las personas mayores radica en su situación socioeconómica, la cual, de manera conjunta con sus características demográficas y condiciones de salud, permiten conocer de manera integral su perfil y contar con información para el diseño de políticas públicas. El análisis de las características socioeconómicas de la población adulta mayor permite, además, saber en qué condiciones se encuentra la misma para hacer frente a eventuales necesidades de servicios de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria.

Las personas mayores en México, particularmente aquellas que nacieron en las primeras décadas del siglo pasado, tienen características únicas, ya que durante su infancia carecieron, en gran medida, de servicios públicos de salud, educación y seguridad social, en comparación con cohortes más jóvenes que ya tuvieron de manera incremental acceso a dichos servicios y beneficios.

El perfil de las personas mayores es femenino y urbano. El número de mujeres supera al de los hombres debido a la sobre-mortalidad masculina; por cada 100 mujeres de 60 años y más, viven 87 hombres de esas edades, y conforme se incrementa la edad, la diferencia se hace más evidente. Siguiendo el patrón de urbanización en el país, en la actualidad, la mayoría de las personas mayores viven en áreas urbanas (localidades mayores de 2 mil 500 habitantes). Como se observa en la Tabla 9, el 24% de las personas mayores viven en localidades rurales menores a 2 mil 500 habitantes y casi la mitad (48%) viven en localidades de 100 mil habitantes y más, porcentaje ligeramente superior al que se observa entre la población total.

Tabla 9. Proporción de la población según localidades, por sexo y edad

Localidad (# de habitantes)	Población total (%)	Población de 60 años y más (%)
<2500	23.0	24.3
2 500-14 999	14.9	13.9
15 000-49 999	9.7	8.7
50 000-99 999	5.4	4.7
100 000 y más	47.0	48.4

Fuente: Elaboración propia a partir de Tabulados básicos de la Encuesta Intercensal 2015.

Tabla 10. Distribución porcentual de la población de 60 años y más, por clase de hogar según grupos de edad de la población, 2000 y 2010

Estructura del hogar	Año	
	2006	2016
1 AM	1.0	0.9
2+ AM	31.4	27.8
1+ AM y 1+ AET	38.7	40.0
1+ AM, 1+AET y 1+m	13.8	15.0
1+AM y 1+m	15.1	16.3

Notas: AM=Adulto Mayor; AET= Adulto en Edad de Trabajar; m=menor
Fuente: Elaborado a partir de datos de la ENIGH 2000 y 2016.

El estado conyugal que predomina entre las personas mayores es la unión en pareja, ya sea en matrimonio o en unión libre; la viudez ocupa un lugar importante entre las personas de edad avanzada y se observa que el porcentaje de viudas casi triplica al de viudo (37.9% y 13.7%, respectivamente). Al igual que en otros países, esta tendencia encuentra una explicación en que las mujeres sobreviven a los hombres y al hecho de que los hombres, en mayor medida que las mujeres, vuelven a formar una pareja al divorciarse o enviudar (INMUJERES 2015).

Durante 2010, en 25% de los hogares mexicanos vivía una persona mayor, y poco más de una quinta parte de estos hogares tenía como jefe a una persona adulta mayor, siendo 35% de éstos, mujeres. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) en 2006, en el 27% de los hogares había al menos una persona de 60 años o más. Para 2016 esta cifra fue de 30%. De estos hogares, se muestra la distribución de las personas mayores de acuerdo con la estructura del hogar al que pertenecen para cada año en la Tabla 10.

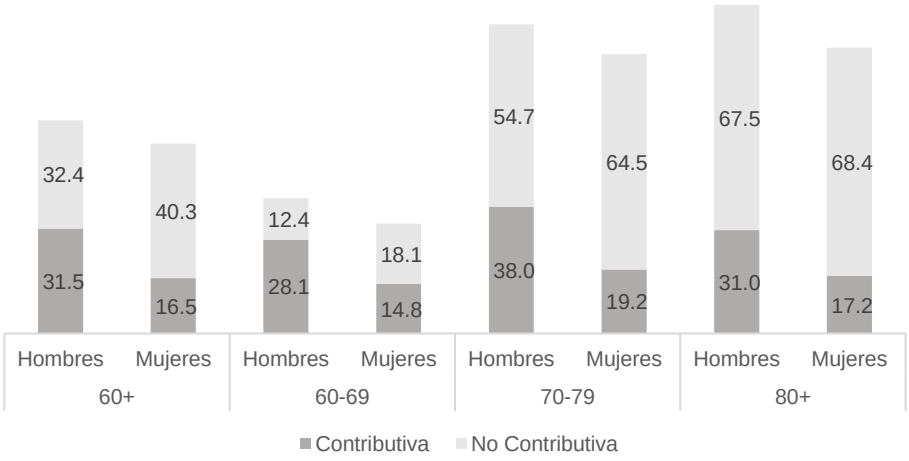
Finalmente, el nivel educativo de las personas adultas mayores es más bajo que el promedio nacional. Datos del Censo de Población y Vivienda 2010 muestran que el promedio de escolaridad de la población de personas mayores es de 4.6 años, lo cual equivale a primaria incompleta. La escolaridad promedio es menor conforme avanza la edad, siendo de sólo 3 años para el grupo de 80 años y más. Adicionalmente, el 29% de las mujeres y el 20% de los hombres mayores no saben leer o escribir, situación que empeora en zonas rurales, donde 53% de las mujeres y 37% de los hombres son analfabetos (INMUJERES 2015).

De las cifras anteriores se desprende que existe una importante brecha de género en la educación. Esta brecha es mayor a edades más avanzadas. Las cifras de rezago educativo, es decir, la proporción de la población sin escolaridad o que no terminó la educación básica muestran que, mientras que en la población de 15 a 29 años la diferencia entre hombres y mujeres es de apenas 2.5 puntos porcentuales (28% frente a 25%), en el grupo de 60 a 74 años es de 6 puntos porcentuales (75% frente a 81%) (INEGI 2015a).

Datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo de 2014, muestran que una tercera parte de la población adulta mayor trabaja, con marcadas diferencias entre mujeres y hombres, con participaciones del 19% y 51% respectivamente (INMUJERES 2015). Para el año 2015, entre la población de 60 años y más que no se encuentra económicamente activa (esto es, que no está trabajando o buscando trabajo), 25% declara la jubilación como razón de inactividad (46% hombres y 13% mujeres), 46% declara dedicarse a quehaceres de su hogar (3% hombres y 71% mujeres), 10% reporta tener alguna limitación que le impide trabajar (14% hombres y 7% mujeres) y 18% reporta que no trabajó nunca (Ramos 2017). La actividad más frecuente de las mujeres adultas mayores es el trabajo doméstico (63%), actividad que muy probablemente han desarrollado toda su vida, y la cual realiza solamente 8% de los hombres de este grupo de edad (INMUJERES 2015).

En cuanto al beneficio de recibir una pensión, la Encuesta de Hogares de 2014, muestra que tan sólo el 23% de la población mayor de 60 años recibe una pensión contributiva, porcentaje que se mantiene prácticamente incambiado para los mayores de 80 (BID 2015); para todos los grupos de edad, las mujeres se encuentran en una posición de desventaja relativa importante, tal como se observa en la Figura 10. A aquellos adultos mayores de bajos ingresos, que no tienen derecho a una pensión contributiva, el Estado les entrega una pensión no contributiva: el porcentaje de personas mayores de 60 años que recibe esta prestación es de 37%, y aumenta a 70% entre los mayores de 80 años. Cabe destacar, sin embargo, que por lo general el monto de estas pensiones no contributivas es relativamente bajo, y no llega a satisfacer el mínimo necesario para cubrir las necesidades básicas de alimentación, transporte, salud, y vivienda (Macias Sánchez 2016).

Figura 10. Porcentaje de la población que recibe pensión, por edad y sexo



Fuente: BID 2015.

Los bajos niveles de protección social son una de las causas detrás de los altos niveles de pobreza prevalecientes entre la población adulta mayor mexicana. En este sentido, el 33% de la población mayor de 60 años y el 40% de los mayores de 80, viven en condiciones de pobreza o indigencia. Más aún, en ambos grupos de edades, alrededor de un 40% de la población muestra condiciones de vulnerabilidad económica, esto es, corren riesgo de caer en la pobreza (BID/BM/CEPAL 2015).

En síntesis, el análisis de esta sección pone en evidencia el importante reto que tiene México en materia de servicios de apoyo a la dependencia, no solo debido a los crecientes niveles de discapacidad y dependencia de la población, sino también a la poca capacidad que tienen los hogares para hacer frente a dichas demandas en el mercado privado, debido a las condiciones de pobreza y vulnerabilidad existentes.

Sección 2. El papel del gobierno en la atención a la dependencia

La presente sección tiene como objetivo documentar la situación de las políticas públicas en materia de cuidados a largo plazo en México. Tal como se verá en el análisis que sigue, si bien el país cuenta con leyes, normas y programas específicos para las personas adultas mayores y/o con discapacidad, carece de programas públicos que tengan como objetivo la provisión de servicios de apoyo a personas con dependencia funcional. En este sentido, prevalece el enfoque de alivio a la pobreza (pensión universal) o de reintegración social de las personas con discapacidad, sin observarse una consideración explícita respecto a las necesidades de cuidados de la esta población.

La sección se divide en cuatro apartados: las políticas y estrategias de atención a personas mayores, la legislación sobre residenciales de adultos mayores, la legislación y programas

existentes en torno a la discapacidad y, finalmente, se incluyen, como parte de las acciones del Estado de atención a la dependencia, los programas de capacitación de familiares que realizan servicios de apoyo.

2.1. Marco institucional y programas para personas mayores

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, promulgada en el año 2002[9], es el máximo ordenamiento encargado de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores en México[10], así como de establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento. Los cuidados a la dependencia no se incluyen como parte de los derechos fundamentales de los adultos mayores. Si bien se establece que las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores, hasta la fecha esto no se ha visto aún reflejado en políticas o estrategias nacionales específicas. Se asigna, además, como responsabilidad de las instituciones de salud, el garantizar el derecho a la salud y la promoción del autocuidado[11].

Aunque existen programas públicos enfocados en mejorar las condiciones de vida de las personas mayores, éstos se limitan a la entrega de transferencias monetarias. Generalmente se enfocan en las personas más pobres y buscan compensar la escasa cobertura de las pensiones contributivas, que es un problema especialmente pronunciado entre las mujeres y la población rural.

Mediante una revisión del Inventario del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) de 2014, de los programas sociales existentes a nivel estatal, se identificaron 33 programas dirigidos a personas mayores. La mayoría de estos programas tienen como objetivo mejorar su calidad de vida a través del otorgamiento de apoyos en especie o monetarios, acceso a servicios de salud y actividades recreativas (en el ANEXO 1 se enumeran estos programas). Destacan, además, dos programas federales: el programa de transferencias monetarias condicionadas PROSPERA, y el programa de pensiones no-contributivas de Pensión para Adultos Mayores, una pensión no-contributiva. PROSPERA, establecido para apoyar económicamente a la población más pobre en el país, incorporó un componente de apoyo para adultos de 70 años y más, integrantes de familias ya afiliadas al programa, siempre que residan en localidades de al menos 20 mil habitantes. El programa otorga un apoyo monetario mensual de 370 pesos (aproximadamente $19.50 USD), sujeto a la asistencia a citas médicas semestrales por parte del beneficiario. Este apoyo se entrega siempre y cuando los beneficiarios no sean atendidos por el Programa de Pensión para Adultos Mayores, descrito a continuación[12].

---

[9] El texto completo de la ley está disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=752473&fecha=25/06/2002

[10] Los derechos incluidos en la Ley son: I. De la integridad, dignidad y preferencia; II. De la certeza jurídica; III. De la salud, la alimentación y la familia; IV. De la educación; V. De la asistencia social; VI. De la participación; VII. De la denuncia popular; VIII. Del acceso a los Servicios.

[11] Específicamente, en el Derecho III. De la salud, la alimentación y la familia, se menciona el derecho a tener acceso preferente a los servicios de salud y a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca el cuidado personal.

[12] Para una descripción de cómo funciona Prospera, ver Dávila (2016). Para una descripción de los programas de transferencias monetarias condicionadas, ver Ibarrarán et al. (2017). Finalmente, para un análisis de la cobertura de transferencias condicionadas y pensiones no-contributiva en América Latina, ver Robles et al. (2017).

El programa Pensión para Adultos Mayores, creado en el 2015, combina la entrega de una pensión monetaria (pensión no contributiva), con acciones de educación para la salud, información y facilidades para acceder a servicios, y apoyos de instituciones públicas y otras que ofrezcan servicios o actividades para este grupo de la población. Ambos programas tienen un financiamiento público proveniente principalmente de impuestos generales, asignado a las distintas dependencias que los operan.

De manera más general, la Ley de Asistencia Social establece que tienen derecho a la asistencia social los individuos y familias que, por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar. Se incluyen como grupos prioritarios las personas adultas mayores en desamparo o marginación, sujetos de maltrato o con discapacidad, así como personas con algún tipo de discapacidad o necesidades especiales, independientemente de su edad.

2.2 Legislación sobre instituciones de atención a la dependencia

Si bien existen varios preceptos legales que pueden aplicar a instituciones de cuidados de largo plazo para personas mayores, al no existir una legislación única que regule estas instituciones, la adherencia y cumplimiento de la normatividad existente es incierto. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) tiene como una de sus principales atribuciones realizar visitas de inspección y vigilancia a los residenciales de adultos mayores, como una forma de verificar sus condiciones de funcionamiento, capacitación del personal, modelo de atención y calidad de vida de sus residentes, y dar conocimiento a las autoridades competentes de las anomalías que se detecten durante las visitas realizadas.

Los requisitos de infraestructura, recursos humanos y servicios que deben cumplir estos establecimientos están delineados en la Norma oficial mexicana de “Asistencia social, prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad”.[13] Cabe destacar que, al no ser ésta una norma específica para residenciales de personas mayores, la misma contiene lineamientos generales útiles, pero no establece un modelo de atención a seguir, estándares de calidad, mecanismos de evaluación del desempeño, ni del impacto en el bienestar de las personas mayores, por lo que la vigilancia de su cumplimiento se vuelve difícil. El programa anual de trabajo 2017 establece que, debido a las restricciones presupuestarias, se programó la realización de 24 visitas en la Ciudad de México y 32 en el resto de los estados del país, una disminución considerable respecto a las metas programadas en 2015 y 2016, que ascendían a 500 y 550 visitas respectivamente.

El INAPAM también tiene a su cargo la generación de un registro único obligatorio de centros de atención para personas mayores, ya sea temporales (centros de día) o permanentes (asilos o residencias para mayores); sin embargo, no se establecen los mecanismos necesarios para asegurar que todas las instituciones que existen en el país cumplan con los requisitos de inscripción. En 2015, la institución realizó un Censo de Alojamientos de Asistencia Social, mediante el cual se identificaron 1 mil 020 residenciales para adultos mayores (INEGI 2015).

[13] NOM-031-SSA3-2012

2.3 Marco institucional y programas para personas con discapacidad

México ha ratificado las normas internacionales e interamericanas en materia de discapacidad, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) y la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999). La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad de 2011[14] establece las bases para la plena inclusión de las personas con discapacidad, dentro de un marco de igualdad en todos los ámbitos de la vida. Al revisar la ley, es evidente que su enfoque está en lograr la integración de las personas con discapacidad. No se menciona específicamente el cuidado como parte de la estrategia para lograr esta integración.
Para dar seguimiento a los preceptos de las leyes federales, las entidades federativas cuentan con leyes específicas en la materia; en su mayoría son leyes para el desarrollo integral de las personas con discapacidad o leyes para la integración y desarrollo social de las mismas. Finalmente, algunos estados como Baja California Sur, crearon un instituto estatal para la atención a personas con discapacidad, que brinda apoyos, económicos o en especie, y vincula a las personas con discapacidad a los servicios de salud.

Existen dos programas nacionales para personas con discapacidad registrados en el inventario de CONEVAL (2015): el Programa de Atención a Personas con Discapacidad de la Secretaría de Salud, y el programa de Atención a Personas con Discapacidad del Instituto de Seguridad Social y Servicios para Trabajadores del Estado (ISSSTE). Ambos programas tienen objetivos similares, en tanto buscan ofrecer la rehabilitación e inclusión de las personas con discapacidad. Sin embargo, no incluyen ninguna estrategia para el cuidado de los usuarios. Como se observa en la Tabla 11, el tipo de apoyo que brinda cada programa es variado.

[14] DOF-17-12-2015

Tabla 11. Apoyo directo a personas con discapacidad, por programa y tipo de apoyo

Programa de Atención a la Discapacidad Unidad responsable: Sistema Nacional DIF, Unidad de Asistencia e Integración Social Cobertura: Nacional		
Tipo de Apoyo		
Vertiente A	Vertiente B	Vertiente C
Acciones en salud para la Atención a Personas con Discapacidad	Acciones de infraestructura y equipamiento para la atención de las personas con discapacidad	Otros ejes de trabajo
1. Adquisición de ayudas funcionales y equipo relacionado con la rehabilitación e inclusión de las personas con discapacidad	1. Todas las de remodelación de infraestructura de centros y unidades de atención y rehabilitación para personas con discapacidad	1. Acciones de Desarrollo para la inclusión laboral, educativa y social de las personas con discapacidad
2. Todas las destinadas a proporcionar atención especializada a personas con discapacidad	2. Todas las de construcción de infraestructura para las personas con discapacidad	2. Acciones encaminadas para la inclusión laboral de las personas con discapacidad
3. Todas las destinadas y orientadas a promover la salud y prevenir la discapacidad.	3. Todas las de operación y equipamiento de Centros, Instituciones y Unidades Básicas de Rehabilitación para la atención de las personas con discapacidad	3. Acciones encaminadas a apoyar el desarrollo educativo, cultural, recreativo, del deporte y del arte
		4. Todas aquellas orientadas y encaminadas a su desarrollo social integral
Programa de Atención a Personas con Discapacidad Unidad responsable: Sistema de Seguridad Social y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado del ISSSTE Cobertura: Beneficiarios afiliados al ISSSTE		
Tipo de Apoyo	Objetivo	Acciones
Campaña Nacional Informativa “Rompe Barreras” ABC de la Discapacidad, que integra la inclusión de las personas con discapacidad y su vinculación con el derecho al trabajo, educación y salud.	Sensibilizar a los derechohabientes para transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente, mediante acciones de promoción, prevención y atención de la discapacidad, en acciones que promueven de manera sustancial el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.	Proveer servicios de Medicina Física y Rehabilitación, principal infraestructura de tratamiento para abatir en los pacientes secuelas incapacitantes y favorecer su autonomía funcional, hasta donde sea posible, y su reintegración laboral, social y familiar, según sea el caso.

Fuente: Elaboración propia a partir del registro de programas públicos de CONEVAL (2015).

Recuadro 5. Definición de la discapacidad en la normativa mexicana

El Reglamento de la Ley para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Artículo 2, DOF-30/11/2012) incluye las siguientes definiciones para limitación y discapacidad:

I. Deficiencia o limitación en las personas: Son disminuciones en las funciones o estructuras corporales, que restringen la actividad o la participación de una persona al interactuar con el entorno;
II. Discapacidad: Es la consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona que, al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás;
III. Discapacidad Física: Es la secuela o malformación que deriva de una afección en el sistema neuromuscular a nivel central o periférico, dando como resultado alteraciones en el control del movimiento y la postura, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás;
IV. Discapacidad Mental: Es la alteración o deficiencia en el sistema neuronal de una persona que, aunado a una sucesión de hechos que no puede manejar, detona un cambio en su comportamiento que dificulta su pleno desarrollo y convivencia social, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, puede impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás;
V. Discapacidad Intelectual: Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en la estructura del pensamiento razonado, como en la conducta adaptativa de la persona, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás, y
VI. Discapacidad Sensorial: Es la deficiencia estructural o funcional de los órganos de la visión, audición, tacto, olfato y gusto, así como de las estructuras y funciones asociadas a cada uno de ellos, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Además de los dos programas nacionales, se identificaron 53 programas estatales de atención a personas con discapacidad, con modalidades distintas de acuerdo con el tipo de discapacidad o problema que se quiere atender. Destaca que la mayoría de los estados tienen por lo menos un programa específico para personas discapacitadas, y se identifican estados con hasta cuatro programas, como Yucatán y Puebla, mientras que Durango no contaba a la fecha de revisión con ningún programa específico.

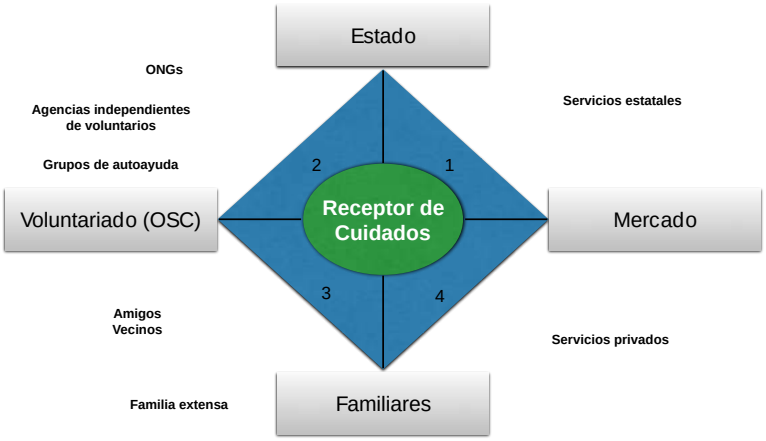
Existen otros programas que tienen como población objetivo a la población vulnerable y que, de manera indirecta, pueden apoyar a personas con discapacidad. Algunos ejemplos son el programa de alimentación a la población vulnerable (Aguascalientes), el programa de becas de educación especial (Baja California), y el programa Abriendo Espacios (Chihuahua, Baja California Sur). El financiamiento de estos programas proviene del presupuesto público, que puede ser mixto entre fondos federales y estatales, y que se asigna a las distintas dependencias que los operan.

En síntesis, de la revisión de la normativa y programas públicos en México, y retomando la definición de servicios de apoyo de largo plazo como aquellos programas que responden a una necesidad de cuidados, a consecuencia de la pérdida de autonomía y por ello requerir apoyos para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, se concluye que las acciones del gobierno en este sentido son prácticamente inexistentes.

Sección 3. Oferta de servicios de atención a la dependencia

En una sociedad, los servicios de apoyo a personas dependientes pueden ser provistos por la familia, el Estado, el mercado, o las organizaciones de la sociedad civil, sin que exista muchas veces una clara diferenciación entre ellos (CEPAL 2011). Estos servicios pueden, a su vez, ser remunerados o no remunerados. El siguiente diagrama ayuda a caracterizar y definir estos agentes, en cuanto proveedores de servicios de atención a la dependencia (Figura 11).

Figura 11. Proveedores de servicios de atención a la dependencia



Fuente: El diamante de bienestar de Evens, Pilj y Ungerson (1994).

El objetivo de esta sección es describir la oferta de servicios de cuidados de largo plazo existentes en el país. Basándonos en lo que se conoce como el Diamante de Bienestar de Evens, Pilj y Ungerson (1994), presentado en la Figura 11, se incluyen: (i) los servicios prestados por el Estado, (ii) los servicios de índole exclusivamente privada, que pueden ser adquiridos en el mercado, (iii) así como la oferta de servicios no remunerada, brindada por familiares o voluntarios.

Con base en lo analizado en la Sección 2, se puede afirmar que en México el rol del Estado en lo que respecta a los cuidados a la dependencia es inexistente, excepto por la administración de algunas casas residenciales o centros de días. Como consecuencia, éstos son mayormente cuidados familiares no remunerados, con poco apoyo o capacitación. Por otra parte, se observa una creciente oferta privada que abarca una gran variedad de servicios y costos, pero que quedan al alcance de la población con mayores ingresos únicamente.

3.1 Servicios de atención a la dependencia remunerados

Este apartado describe la oferta de servicios de cuidados remunerados, incluyendo los servicios públicos prestados por los gobiernos y los privados que pueden comprarse en el mercado. Se muestran los servicios conforme a la tipología incluida a manera de resumen en la Tabla 12.

Tabla 12. Participación de los sectores en los servicios de atención a la dependencia

Tipo de servicio	Sector público	Sector privado con fines de lucro	Sector privado sin fines de lucro
Servicios en instituciones	Ofrece servicios en contadas instituciones a nivel nacional y estatal/municipal a través del INAPAM y los sistemas nacional, estatal y municipal de Desarrollo Integral de la Familia	Provee servicios	Provee servicios
Servicios de asistencia en el hogar	No ofrece servicios	Provee servicios	No provee servicios
Servicios en Centros de día	Provee servicios a nivel nacional y estatal/municipal a través del INAPAM y los sistemas nacional, estatal y municipal DIF	Provee servicios Fomento al envejecimiento activo, actividades recreativas, educación para la salud.	Provee servicios Fomento al envejecimiento activo, actividades recreativas, educación para la salud.
Servicio de teleasistencia	No provee servicios	Provee servicios	No provee servicios
Servicios para personas que brindan servicios de apoyo	Provee capacitación para familiares de la persona que requiere apoyo. No brinda servicios de respiro directamente.	No provee servicios de respiro.	No provee servicios en general. Algunas asociaciones dedicadas al Alzheimer y otras demencias ofrecen cursos de capacitación
	Si bien los centros de día usualmente tienen como objetivo el fomentar el bienestar del adulto mayor, si se piensan como una oportunidad para que la persona a cargo de brindar servicios de apoyo tenga algo de tiempo personal, pueden tratarse como un servicio de respiro.		
Otros servicios	Programa nacional Tele-salud. Servicios médicos a domicilio	Servicios de telemedicina Servicios médicos y paramédicos a domicilio	Educación a distancia (por universidades). Pocas instituciones que proveen cuidados paliativos para personas con enfermedades terminales, para el manejo de sus síntomas y el dolor al final de la vida.

Fuente: Elaboración propia a partir de información documental de cada tipo de servicio.

Servicios residenciales

Existen algunos asilos y residencias para personas mayores en el país, sin embargo, dado que no hay un registro público único y obligatorio, se tiene poca certeza sobre el número de instituciones, el tipo de servicios que ofrecen, su costo y el número de personas que atienden, así como sobre la calidad de los servicios que proveen y su impacto en el bienestar y calidad de vida de sus residentes. Estas instituciones son administradas por instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil o por privados con fines de lucro. La información que se presenta en esta sección proviene del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) y el Censo de Alojamientos de Asistencia Social (CASS), levantados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

El DENUE ofrece información sobre la identificación, ubicación y actividad económica de los establecimientos económicos activos en el territorio nacional e incluye una categoría para "asilos y otras residencias para el cuidado de ancianos" (INEGI 2011). Se trata de una definición amplia que incluye tanto instituciones permanentes como instituciones de estancia temporal, así como los centros de día. En el caso de las instituciones de alojamiento permanente incluye a los asilos de ancianos y residencias de adultos mayores, casas de descanso, casas de retiro, casas hogar, casas de reposo, y estancia para adultos mayores, entre otros.

Por otra parte, el CAAS tiene como objetivo recopilar información sobre las condiciones y los servicios que ofrecen los establecimientos públicos, sociales, y privados que alojan a la población vulnerable, junto con sus características y las de las personas que trabajan en estos centros (INEGI 2015). Se enfoca en todo tipo de instituciones de asistencia social, entre las que incluye casas hogar para personas mayores.

El CAAS de 2015 identificó 1 mil 020 hogares para adultos mayores; de los mismos, 58% están constituidos como asociación civil (con o sin fines de lucro), 20% son asociaciones sin fines de lucro (Instituciones de Asistencia Privada, organizaciones de la sociedad civil, y asociaciones religiosas), 8% son instituciones públicas, en tanto que un 2% se constituyen como sociedades mercantiles; el resto (aproximadamente 12%), lo constituyen otros tipos de figuras jurídicas[15].

Es importante notar que, cualquiera que sea su tipo, en general, las instituciones se enfocan en brindar alojamiento, alimentación, lavandería, limpieza, atención médica general, canalización a servicios de salud de segundo o tercer nivel, así como actividades recreativas, deportivas y culturales. En caso necesario, apoyan a los residentes en la realización de actividades básicas de la vida diaria de aseo personal, alimentación y movilización.

Como parte del censo, también se generaron datos sobre los residentes de estas instituciones, entre ellos, que alrededor de 22 mil 500 personas se encuentran viviendo en hogares para adultos mayores, lo cual representa el 0.2% de la población adulta mayor mexicana. El 61% de los residentes son mujeres; un alto porcentaje de los mismos reporta nulo o bajo nivel educativo

[15] Una de las principales características de la razón social bajo la cual cada institución se constituye radica en definir si tendrá o no fines de lucro. Mientras que la asociación civil y las instituciones de asistencia privada tienen un fin no lucrativo, las sociedades mercantiles tienen un fin lucrativo, y las sociedades civiles, dependiendo de su objeto, pueden tener fines lucrativos o no lucrativos.

(21% sin educación formal y 48% con primaria completa o secundaria incompleta), y 56% de los residentes tienen 80 años o más.

El CAAS identificó 14 mil 582 personas trabajando en las 1 mil 020 instituciones para adultos mayores, de las cuales el 86% está empleado y el 14% trabaja sin pago alguno o como voluntario. La mayoría son mujeres: 78% de los trabajadores remunerados y 63% de los no remunerados o voluntarios. Para ahondar en las características del empleo realizado, el CAAS registró la disponibilidad de certificación en competencias laborales por el personal de las instituciones, reportando que el 97% del personal que trabaja en los alojamientos permanentes para personas mayores no cuenta con adecuada certificación de competencias en el ámbito en el que se desempeña.

Servicios residenciales ofrecidos por el sector público

El INAPAM, los Institutos Estatales de las Personas Adultas Mayores, y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), tanto a nivel nacional como estatal, administran un número reducido de instituciones que proporcionan alojamiento permanente a personas mayores. El INAPAM, parte del nivel federal de gobierno, cuenta con seis albergues de alojamiento permanente (cuatro en el Distrito Federal, uno en Guanajuato y otro en Oaxaca). El DIF nacional cuenta con cuatro residencias permanentes (dos en la Ciudad de México, una en el estado de Morelos y otra en Oaxaca). A nivel estatal, el DENUE identificó la existencia de 79 instituciones de alojamiento permanente. El número de instituciones por estado es muy variado. El Estado de México registra nueve instituciones, Veracruz ocho, y la Ciudad de México seis. En otras entidades, incluyendo Morelos, Tlaxcala, Baja California Sur, Colima y Durango se registra solamente una institución pública de alojamiento permanente por estado. El financiamiento de estas instituciones es mayoritariamente a través del presupuesto público federal asignado a estas dependencias y proveniente de impuestos generales.

Los servicios en estas instituciones se ofrecen sin cargo alguno para la persona mayor institucionalizada; generalmente brindan alojamiento, alimentación, servicios de lavandería, limpieza, atención médica general y canalización a servicios de salud de segundo o tercer nivel, apoyo en las actividades básicas de la vida diaria, así como actividades recreativas, deportivas y culturales. El ingreso es voluntario y existe generalmente una lista de espera debido a los pocos lugares disponibles, dándose prioridad a personas en condiciones extremas de vulnerabilidad, como personas mayores en situación de abandono o sin vivienda.

Servicios residenciales ofrecidos por el sector privado sin fines de lucro

Existen identificados al menos 203 hogares de ancianos sin fines de lucro; 139 están conformados como Instituciones de Asistencia Privada, 41 como sociedades civiles, y 23 como asociaciones religiosas. Esto sin perjuicio de que existan otros dentro de las 590 instituciones que aparecen en el CAAS de 2015 como asociaciones civiles[16]. La mayoría de las instituciones no lucrativas trabajan bajo esquemas mixtos, en los que ofrecen servicios de alojamiento sin

[16] Con la clasificación existente, no es posible realizar la distinción entre asociaciones civiles con fines de lucro y asociaciones civiles sin fines de lucro.

costo para aquellas personas mayores que no tienen recursos, ni una red familiar que las apoye —lo cual generalmente implica la mayoría de sus residentes— y servicios de alojamiento a cambio de cuotas de recuperación para aquellas personas que tienen alguna capacidad económica; las cuotas suelen variar dependiendo de los recursos disponibles. La definición del costo se hace mediante un estudio o valoración socioeconómica de la persona mayor y su familiar responsable, en caso de haberlo.

Servicios residenciales ofrecidos por el sector privado con fines de lucro

De acuerdo con el DENUE, existen 603 instituciones privadas identificadas como asilos y residencias privados para el cuidado de ancianos. Sin embargo, no se tiene información adicional para identificar si éstos son privados lucrativos o no lucrativos y, en consecuencia, no se conoce el número preciso de instituciones privadas lucrativas en el país. Se encontró una gran diversidad en el número total de instituciones privadas registradas en cada estado del país de acuerdo con el DENUE. Asimismo, no existe información acerca de la escala, el tipo de servicios y la calidad de las mismas.

Los servicios de las instituciones privadas varían en cuanto a calidad y costos. Mientras que hay instituciones que en espacios mínimos ofrecen servicios comunes de alojamiento, otros ofrecen habitaciones individuales amplias con baño integrado. De igual manera, en tanto que la mayoría de las instituciones tienen generalmente asistentes no profesionales y personal auxiliar en enfermería a cargo de las personas mayores la mayor parte del tiempo, otras ofrecen servicio más personalizado de enfermería, en ocasiones, por un costo adicional. Por otra parte, algunas instituciones ofrecen una amplia gama servicios recreativos y comodidades como televisión por cable, Internet, cine, gimnasio, aire acondicionado y ventilación controlada, salón de belleza, entre otros.

En un sondeo realizado para este reporte en la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey, se encontró que el costo mensual por persona en estas instituciones oscila entre los 10 mil y 80 mil pesos mexicanos[17] (entre $540 y $4 mil 300 USD). Los montos establecidos pueden también variar al alza si la persona mayor requiere cuidados o atención especial. En este sentido, la Asociación Mexicana de Apoyo para el Retiro (AMAR) estima que, del total de la población de mexicanos de 50 años o más, en el año 2017 sólo el 8.7% tenía la capacidad económica para pagar una institución de alojamiento temporal de alta calidad.

Servicios de asistencia personal en el hogar

Existen algunos proveedores de paquetes de servicios que incluyen cuidados en el contexto del hogar, que son brindados por el sector privado con fines de lucro, como parte de un mercado en crecimiento. En este sentido, existe una amplia gama de empresas que brindan paquetes de servicios de acompañamiento (dentro y fuera del hogar), apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria, enfermería y fisioterapia o rehabilitación. En algunos casos, se ofrece cuidado específico para personas con Alzheimer u otro tipo de demencia y, en situaciones de

[17] A precios corrientes y usando el tipo de cambio oficial del Banco de México al 24 de noviembre de 2017. http://www.banxico.org.mx/portal-mercado-cambiario/

hospitalización, algunas empresas ofrecen servicio de enfermería o acompañante para el paciente hospitalizado. Los servicios se ofrecen generalmente en turnos de 8, 12 o 24 horas. Es importante notar que estas empresas brindan servicios de apoyo a personas tanto con necesidades permanentes como temporales (enfermedad o post-operatorio).

En un sondeo realizado en las tres principales áreas metropolitanas en el país (Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey) sobre los costos de este tipo de servicios a domicilio, se encontró una gran variabilidad de precios dependiendo del tipo de servicio requerido y las actividades a realizar por el personal. Por ejemplo, la contratación de un servicio de enfermería general para realizar cuidado de sondas, administración de alimentos y medicamentos (vía oral o inyectables), toma de signos vitales y glucosa, aseo, y terapia de rehabilitación por un turno de doce horas tiene un costo entre 580 y 1mil 200 pesos (Tabla 13).

Tabla 13. Costo de servicios a domicilio, por rango para un turno de 12 horas

Tipo de servicio	Rango de precio MXN	Rango de precio USD
Asistente personal	380-500	20-27
Auxiliar de enfermería	480-700	26-38
Enfermera general	580-1200	31-64

Fuente: Elaboración propia con base en investigación de mercado en Ciudad de México, Guadalajara, y Monterrey.

Por otra parte, también existen agencias de asistentes personales que ofrecen servicios de cuidado y enfermería para el apoyo de personas enfermas o personas mayores. Sin embargo, contratar este tipo de servicios a través de agencias implica que es la persona necesitada, o sus familiares, quienes asumen la responsabilidad de investigar si la persona cuenta con la educación formal o capacitación necesaria, así como lo referido a experiencias laborales anteriores, o afrontar los riesgos asociados a la ausencia de éstos. No se identificaron servicios públicos orientados a apoyar a las personas con dependencia a realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria dentro de su hogar.

Servicios en centros de día

No se identificaron centros de día enfocados en brindar cuidados a la dependencia. Los centros de día en el contexto de México son centros sociales y recreativos diurnos, cuyo objetivo es mantener la independencia y participación de las personas mayores, brindando mayormente servicios recreativos, manualidades, promoción e información en salud, alfabetización, capacitación en tecnologías de la información y comunicación (TICs), activación física y, en ocasiones, consulta médica general y dentista. Es decir, se enfocan fundamentalmente en personas funcionales y, en su mayoría, no contemplan los cuidados a la dependencia como estrategia o modelo de atención.

En cuanto a servicios públicos temporales a nivel federal, el INAPAM cuenta con Centros de Atención Integral (CAI), centros culturales, y clubes de día. Estos servicios son gratuitos y por lo

general sólo piden contar con la afiliación al INAPAM mediante la credencial de adulto mayor. Los CAI brindan servicios de atención médica de primer nivel y apoyan a los servicios de salud en la detección, el control y el seguimiento de enfermedades frecuentes en las personas adultas mayores. Los servicios son brindados por equipos multidisciplinarios, dependiendo de la modalidad incluida en cada centro. Actualmente existen tres de estos centros en la Ciudad de México.

Por su parte, los centros culturales y clubes del INAPAM tienen como objetivo promover la independencia de las personas mayores mediante el fomento de su participación en distintas actividades culturales, recreativas y de capacitación, propiciando su permanencia en la comunidad. Además, el INAPAM cuenta con siete residencias de día, seis en el Distrito Federal y una en Zacatecas. Estas ofrecen alimentos, actividad física, actividades socioculturales, de educación para la salud, paseos, talleres de lectura, terapia ocupacional, entre otros servicios, dependiendo de la modalidad de atención de cada residencia. Por otra parte, a nivel estatal, a través del DENUE se identificaron 33 centros o clubes de día públicos en los estados.

En cuanto a los servicios privados, existen centros de día con y sin fines de lucro. En el DENUE se identifican claramente por su nombre 33 centros o clubes privados, de día, distribuidos en el país. Esta cifra parece baja si se toma en cuenta que esto equivaldría únicamente a un centro por estado, lo cual puede estar indicando que un porcentaje importante de estas instituciones carecen de registro alguno. Los costos de los centros de día, por una estancia aproximada de 8 horas y un alimento o refrigerio pueden variar entre una cuota mínima de recuperación de entre 20 y 50 pesos mexicanos ($1 a $2.50 USD) por día en los centros sin fines de lucro, hasta cuotas de entre 200 y 450 pesos mexicanos (entre $10 y $25 USD) en centros de día con fines de lucro, por atención especializada o para personas con distintos padecimientos, como enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Servicios de teleasistencia

Definiendo los servicios de teleasistencia o telecuido como aquellos dedicados a proporcionar monitoreo continuo a personas con dependencia, puede decirse que dentro del ámbito de los servicios sociales y de salud en el país, éstos no están disponibles. En el sector público se encontró únicamente un programa piloto de teleasistencia y telealarma llevado a cabo como componente del Programa de Envejecimiento en 2009 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este programa piloto se dirigió a personas de 60 años y más afiliadas al IMSS, que vivían solas o pasaban solas la mayor parte del día, y consistió en dar atención domiciliaria a distancia, mediante atención telefónica las 24 horas del día, ante situaciones de crisis o emergencia mediante acciones de información, orientación y referencia. Si bien un estudio encontró efectos positivos del programa piloto en la salud y bienestar de sus usuarios (Giraldo-Rodríguez et al. 2013), no se encontró evidencia de su seguimiento o implementación permanente en el IMSS.

Existe una oferta incipiente de servicios de teleasistencia brindados por el sector privado para apoyo a emergencias, dirigido a la población en general, y algunos servicios considerados para personas mayores o personas con dependencia. Por ejemplo, un servicio en la ciudad de

Guadalajara[18], describe como segmentos de atención a las personas mayores, personas dependientes o con capacidades diferentes, enfermos crónicos, mujeres embarazadas, trabajadores solitarios, deportistas, o víctimas de violencia intrafamiliar, que necesiten sentirse protegidos constantemente.

Los sistemas de teleasistencia en casa que estas empresas ofrecen, por lo general incluyen sensores de caídas, botones de emergencia, botón de pánico, sensores de inmovilidad, así como localizadores GPS de pulsera o cadera para personas con Alzheimer y otras demencias. Los servicios se basan en un diagnóstico inicial de las necesidades de la persona y con base a éste se definen los costos de los servicios. Una valoración del costo promedio de distintos servicios muestra que, dependiendo de la complejidad ofrecida, el mismo ronda los 350 pesos ($19 USD) al mes por un servicio básico de botón de alarma y respuesta inmediata de servicios médicos.

Servicios para personas que brindan servicios de apoyo

Existen algunos servicios públicos de capacitación orientados a las personas que brindan servicios de apoyo familiares o informales. El esfuerzo más grande en materia de capacitación lo ha desarrollado el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual brinda cursos de capacitación para los proveedores primarios de apoyo o cuidadores. A partir de 2015, brinda el Curso de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas en línea, cuyo objetivo es proporcionar las herramientas teóricas y prácticas necesarias para que la persona que apoya de manera informal a personas mayores con algún grado de dependencia, cuente con los conocimientos y habilidades que le permitan realizar las funciones con una perspectiva gerontológica en la búsqueda de un envejecimiento saludable. Los contenidos de la capacitación incluyen el apoyo físico, psicológico, ambiental, y espiritual para la persona en situación de dependencia, así como orientación sobre el autocuidado que debe seguir la persona que está brindando servicios de apoyo. A partir de 2015 se han capacitado por este medio casi 16 mil personas[19]. Hasta el momento no existen servicios de respiro para los familiares que brindan servicios de apoyo de manera no remunerada.

Como parte del Plan Geriátrico Institucional (GeriatrIMSS) y del Programa de Envejecimiento Activo (PREA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) capacita a personal voluntario, como promotores de apoyo gerontológico, acompañantes y cuidadores de adultos mayores. Por otra parte, el Instituto Nacional de Geriatría desarrolló un curso para las personas que proveen servicios de apoyo con la finalidad de brindar conocimientos básicos para el cuidado adecuado y de calidad de adultos mayores, fomentando un envejecimiento saludable.

A nivel local, se destacan algunos esfuerzos aislados, como el del gobierno de la Ciudad de México, los estados de Yucatán y Veracruz. En la Ciudad de México, a través del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores (IAAM), en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo de la ciudad, inició en el curso "Caminando hacia la profesionalización del cuidado" como parte de la política de atención a personas mayores. La Secretaría del Trabajo y

[18] Ver medialert.com.mx
[19] http://www.issste.gob.mx/cursocuidadores

Fomento al Empleo otorga a las personas que brindan servicios de apoyo una beca mensual de 1 mil 433 pesos mexicanos[13] ($77 USD) y, en una sola ocasión, les aporta 300 pesos ($16 USD) para cubrir sus pasajes. Otro ejemplo son los servicios de salud del estado de Yucatán que ofrecen un Curso Básico para Cuidadores Primarios de Adultos Mayores y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia municipal de Veracruz que ofrece el curso "Cuidador del Adulto Mayor".

Otros servicios

Existen otros servicios que, si bien no fueron pensados especialmente para la población dependiente, pueden ayudar a alivianar la carga de cuidados que la misma representa. Los servicios de telemedicina y similares, por ejemplo, se han desarrollado de manera importante en el país, apoyando en gran medida la prestación de atención médica a distancia, así como la capacitación y educación continua en salud. Además, existen dos programas públicos de servicios médicos que son provistos como atención domiciliara, por lo que resultan una ayuda en el caso de las personas dependientes o sus familias, al evitar los traslados. En primer lugar, el Programa de Atención al Enfermo Crónico del IMSS, que se inició en 1990 y cuyo objetivo es proporcionar atención médica de seguimiento después del egreso hospitalario, o cuidados paliativos para enfermos en etapa terminal (Espinel-Bermúdez et al. 2011).

De acuerdo con información del IMSS, los principales padecimientos atendidos son enfermedades crónicas degenerativas y sus secuelas, como las de tipo vascular cerebral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica, Alzheimer y padecimientos terminales por cáncer. Al año 2015[20] se reportan 32 mil 898 beneficiarios del programa en todo el país. En segundo lugar, desde el año 2016 se lleva a cabo en la Ciudad de México el programa El Médico en tu Casa[21], cuyo objetivo es brindar atención médica ambulatoria a la población vulnerable que, por su condición de enfermedad o discapacidad, no puede asistir a los servicios médicos.

Así como no existe un sistema público de servicios de apoyo a la dependencia de largo plazo en México, tampoco se cuenta con servicios hospitalarios especializados para personas mayores con problemas de salud mental. De acuerdo con información publicada por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz[22], existen en el sector salud 49 centros especializados, tales como hospitales psiquiátricos u hospitales de tercer nivel con especialidad en psiquiatría en todo el país, dedicados a la atención de problemas de salud mental moderados o severos y a población de todas las edades. Este total da en promedio uno o dos centros por entidad federativa, con una concentración de servicios en las grandes áreas metropolitanas como, por ejemplo, la Ciudad de México, que concentra 12 instituciones.

[20] Nota de prensa marzo de 2015: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201503/020

[21] El programa es parte de los servicios de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México: http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/medico

[22] Ver http://inprf-cd.gob.mx/sitios/hospitales.html

3.2 Servicios de atención a la dependencia no remunerados

Al igual que en la mayoría de los países del mundo, la responsabilidad de los cuidados recae mayoritariamente en la familia y, dentro de ésta, en las mujeres. Estimaciones basadas en la metodología de cuentas satélites, muestran que del 5.6% del Producto Interno Bruto (PIB) generado por el sector salud, un 1.4% corresponde a trabajo no remunerado en cuidados (INEGI 2018)[23]. Por otra parte, el valor económico de las labores domésticas y de cuidados no remunerados, se calculó en 4.7 billones de pesos, equivalente al 23.2% del PIB del país (INEGI 2016)[24]. Debe notarse que estos resultados se refieren a cuidados dirigidos a personas de todas las edades y que requieren atención especial por distintos motivos incluyendo a los niños, personas convalecientes por alguna enfermedad o lesión que se espera sea temporal, o en una situación de dependencia de tipo permanente.

Con la finalidad de investigar el estado de la oferta informal de cuidados de largo plazo a la dependencia en personas mayores en México, esta sección utiliza los datos de la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT 2014). La misma proporciona información estadística sobre la forma en que las personas de 12 años y más distribuyen su tiempo en diversas actividades como trabajar, estudiar, divertirse, comer y descansar, entre otras. De manera específica, indaga sobre el tiempo dedicado al apoyo y cuidado de niños y niñas, personas enfermas o discapacitadas, y otros miembros del hogar (INEGI 2015b).

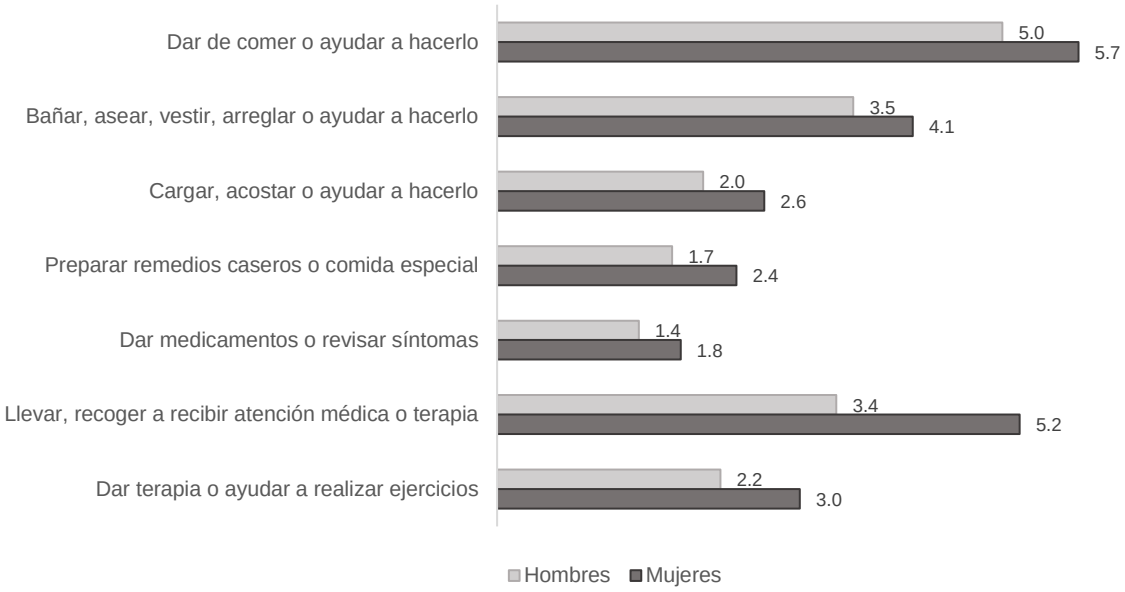
La ENUT (2014) indica que las mujeres dedican un promedio de 50 horas a la semana al trabajo no remunerado de los hogares, y 33 horas a las actividades para el mercado y bienes de autoconsumo; en comparación, los hombres les dedican 18 y 52 horas semanales, respectivamente. Mirando específicamente las tareas de cuidados, en promedio las mujeres dedican 10 horas semanales a las mismas y los hombres 7. Si se toma en cuenta el tiempo dedicado a “estar pendiente” de una persona, el total se incrementa a 27 horas semanales en el caso de las mujeres y a 15 horas semanales en el caso de los hombres. Una situación similar se observa al analizar el tiempo dedicado al cuidado exclusivo de las personas mayores, tal como lo evidencia la Figura 12.

Esta desigualdad de género se aprecia aún más claramente en la Figura 13, que muestra cómo las mujeres sobrellevan entre el 63% y el 79% del tiempo dedicado al cuidado de las personas mayores dependientes.

[23] Estimaciones de la Cuenta Satélite del Sector Salud (CSSSM) (INEGI 2018).

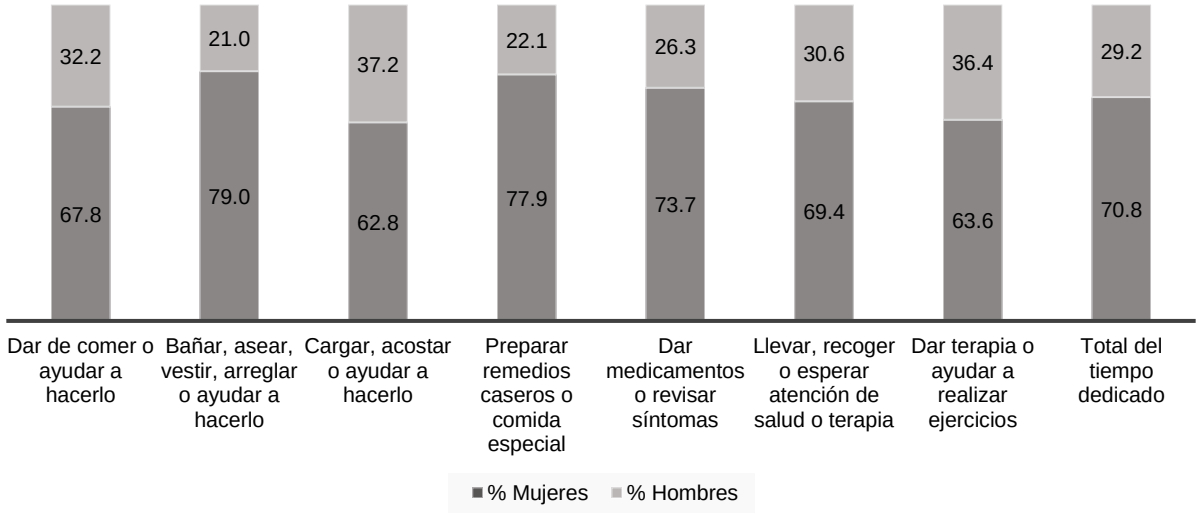
[24] Estimaciones de la Cuenta Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares de México (CSTNRHM) (INEGI 2016).

Figura 12. Promedio de horas semanales que la población de 12 años y más dedica a actividades de cuidado para otros miembros del hogar de 60 años y más que necesitan apoyo, por sexo y tipo de actividad



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de la ENUT 2014.

Figura 13. Distribución porcentual de la población de 12 y más años que realiza trabajo de cuidado no remunerado para integrantes de su hogar de 60 años y más que requieren de apoyo, por actividad y sexo (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de la ENUT 2014.

Cabe destacar que alrededor de 25% de las personas mayores declaró necesitar cuidados en el hogar. Cuando se analizan las razones detrás de la necesidad de ayuda, se observa una mayor tendencia a circunstancias de largo plazo, como la presencia de enfermedades crónicas o limitaciones, en comparación con la población más joven. Esto se ve en la Tabla 14.

Tabla 14. Proporción de apoyo por tipo de necesidad y grupo de edad de la persona que lo recibe (%)

	Grupo de edad			
Necesidad de apoyo	0-14	15-59	60 y más	Total
Enfermedad crónica	9.4	18.4	35.0	22.1
Limitación física	6.4	9.7	21.2	12.9
Limitación Mental	17.5	28.5	24.3	24.5
Enfermo temporal	66.8	43.4	19.5	40.5
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de la ENUT 2014.

Al analizar las características socioeconómicas de las personas que brindan servicios de atención a la dependencia, no se observan diferencias considerables salvo en los niveles más bajos de educación, donde las personas reportan dedicar, en promedio, dos horas semanales más que el resto al cuidado de personas. El número de horas semanales de cuidados también es mayor entre los casados, lo cual estaría reflejando que una parte importante de la carga de cuidados es dedicada al cuidado del cónyuge.

En resumen, del análisis de esta sección se desprende que, al no existir políticas públicas de cuidados de largo plazo en México, las responsabilidades de cuidados de personas dependientes deben ser resueltas mayoritariamente en el seno de la familia. En cuanto a los servicios privados, si bien se observa un mercado en expansión, debido a su costo elevado éstos permanecen fuera del alcance de la mayoría de los mexicanos y, de momento, no están sujetos a regulación, supervisión, ni control de calidad. Por otra parte, las instituciones no lucrativas que ofrecen servicios gratuitos o a cuotas mínimas de recuperación, son aún pocas y no alcanzan a cubrir la demanda creciente, estando concentradas en la capital del país. Adicionalmente, los recursos que les son asignados a través de financiamiento público y de asistencia social son reducidos, comprometiendo la calidad de la atención brindada.

Sección 4. Análisis y perspectivas de la atención a la dependencia

4.1 Los sistemas de cuidado y su situación en México

En Medellín et al. (2018) se hace mención a cuatro elementos que deben tenerse en cuenta al diseñar un sistema de cuidados: (1) su población beneficiaria (cobertura universal, priorización por grupos de edades, priorización por nivel de dependencia) (2) la oferta de servicios (cuáles servicios y cómo se entregarán), (3) la calidad de los servicios (criterios de control, medición, y evaluación) y (4) el modo de financiación (rentas generales, mecanismos de primas, cuotas o

copagos). En México, ninguno de estos elementos está definido, pero deberán ser sujetos a análisis como parte de la discusión que el país tendrá que llevar adelante para evaluar cómo resolver el desafío de los cuidados a la dependencia.

4.2. Desafíos futuros

Como se vio a lo largo de la nota, los cambios demográficos y epidemiológicos, con su impacto en la carga de la enfermedad y la creciente longevidad en la población, generan necesidades de atención nuevas y por periodos más prologados. Los cálculos presentados en Aranco et al. (2018) estiman la cantidad de adultos mayores dependientes en México en más de 2 millones de personas (alrededor del 2% de la población). De mantenerse las tasas de dependencia, sólo debido a las presiones demográficas, este número podría aumentar a más de 8 millones en 2050. Más de 3 millones de adultos mayores de 80 años presentarían dificultades en realizar al menos una actividad básica de la vida diaria; entre ellos, 1.9 millones presentarían dificultades en más de una actividad básica, aumentando las probabilidades de necesitar ayuda. Más aún, si las tasas de dependencia por edad continúan creciendo como hasta ahora (ver Figura 4), estas cifras podrían ser incluso más altas.

Este aumento de la demanda se da en un contexto en el que el cambio en el tamaño y estructura de las familias, debido a la salida de la mujer al mercado de trabajo, a la caída en las tasas de fertilidad, y a los procesos migratorios, limitan la oferta informal de cuidados. Aunado a esto, la precaria condición económica de un alto porcentaje de la población del país y la ausencia de políticas públicas y estrategias de atención a la dependencia, ponen en riesgo la adecuada atención de las personas mayores dependientes.

Estos desafíos dejan en claro la necesidad de desarrollar programas y servicios para las personas mayores dependientes y las personas que los apoyan. La ausencia de una política estatal genera actualmente enormes inequidades en el acceso a los cuidados a la dependencia, donde solo los sectores más privilegiados de la población tienen acceso a los servicios privados especializados.

Además de la importancia de incluir el derecho a ser cuidado como parte fundamental de los derechos de las personas en las leyes mexicanas (a través, por ejemplo, de la ratificación de la Convención Iberoamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores[25]), ciertas acciones concretas deberían tener prioridad.

Primero, es importante generar programas para las personas que brindan servicios de apoyo, de manera que se les permita conciliar la vida laboral con las responsabilidades de apoyo, y contar con espacios y acciones que les den respiro y aminoren la carga que ahora sobrellevan. Si bien algunas instituciones en México han ofrecido capacitación a los familiares responsables del apoyo desde hace algunos años, y éstos generalmente aprecian la utilidad de contar con información adicional y adecuada sobre el cuidado de su familiar, esta estrategia no les alivia de la carga física ni emocional que implica el cuidar a una persona mayor dependiente. Así como

[25] Ver Organización de los Estados Americanos en http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

se ha hecho en algunos países europeos, como España, los centros de atención diurna para personas mayores se presentan como un apoyo viable para los familiares. Por una parte, se debe fomentar que los centros de atención de día amplíen su oferta de servicios para incluir el cuidado para las personas mayores dependientes, como la rehabilitación, o la ayuda en la realización de actividades de la vida diaria, e incorporen acciones de apoyo emocional para las personas que brindan apoyo (grupos de apoyo y de autoayuda).

Segundo, con respecto a las instituciones de residencia permanente, resulta urgente la organización de los servicios existentes, su evaluación y adecuación, si es necesario, para asegurar que los servicios que ahí se proveen impacten de manera positiva en el bienestar de las personas mayores dependientes. Debido a que las pocas instituciones de residencia permanente públicas cuentan con largas listas de espera, es necesario analizar la forma de ampliar estos servicios, no como una forma de fomentar la institucionalización, sino de ofrecer a quien lo necesita, alojamiento, alimento, y cuidados adecuados. Para esto puede considerarse, por ejemplo, el acceso a precios razonables, el subsidio a las personas sin recursos económicos suficientes, o el pago a las instituciones privadas por cada persona aceptada.

Tercero, parece indispensable desarrollar e implementar una política nacional integral que ayude a resolver las necesidades de cuidados de los mexicanos. Para ello es necesario contar con información relevante y de calidad que permita proyectar con mayor detalle la cantidad y las características de la población dependiente mexicana en los próximos años, así como sus necesidades y preferencias en términos de servicios de cuidados específicos. Con base en las estimaciones de la población usuaria, y del paquete de servicios que se piense ofrecer, deberá realizarse un análisis de costos, que incluya posibles alternativas para su financiamiento.

En un país tan diverso como México, será indispensable que, en el desarrollo de estrategias de cuidados a nivel nacional, participen las entidades federativas (nivel estatal y municipal) y, más allá de diferenciar entre localidades urbanas y rurales, se incorporen valores culturales locales, que permitan generar programas ad hoc que garanticen una mayor aceptación de los mismos.

Finalmente, para lograr avanzar en el desarrollo de programas y estrategias de cuidados, es urgente lograr que se reconozca en el poder ejecutivo y legislativo en general, y en particular en el sistema de salud, seguridad social, desarrollo social, y del trabajo, el papel fundamental de los familiares en la atención de los enfermos y las personas dependientes en el hogar. En este sentido, se debe continuar con los esfuerzos de visibilizar los cuidados más allá del ámbito privado de los hogares para, de esta forma, valorar el trabajo de las personas que brindan apoyo, en su mayoría mujeres.

El desarrollo de estrategias para el cuidado debería hacerse sin dejar de lado que también es necesario poner un énfasis especial en incentivar la prevención y promoción de la salud, con el fin de revertir la tendencia en la incidencia de algunas enfermedades crónicas y, en aquellos que ya las padecen, retrasar lo más posible la dependencia asociada a éstas. En última instancia, a través de este tipo de acciones es posible reducir el número de personas dependientes que requieran apoyo o acortar el tiempo durante el cual éste se necesita.

Referencias bibliográficas

Aranco, N., Stampini, M., Ibarrarán, P. y Medellín, N. 2018. “Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe”. Banco Interamericano de Desarrollo. Resumen de Políticas. IDB—PB-273. Disponible en: https://publications.iadb.org/handle/11319/8757

Banco Interamericano de Desarrollo. 2015. Encuestas de Hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe.

Beard, J., Biggs, S., Bloom, D., Fried, L., Hogan, P., Kalache, A.y Olshansky, S. 2012. “Global Population Ageing: Peril or Promise?” PGDA Working Papers, Program on the Global Demography of Aging.

Cesari, M., Gambassi, G., Van Kan, G.A.y Vellas, B. 2014. “The frailty phenotype and the frailty index: Different instruments for different purposes”. Age & Ageing. 43(1):10–2.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL). 2008. “Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe”. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. LC/G.2378(SES.32/14).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL). 1993. “Población, equidad y transformación productiva”, Libros de la CEPAL, Nº 35 (LC/G.1758/Rev.1-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.

Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. 2017. ¿Quiénes y cuántos mexicanos tienen acceso a una pensión? México: CONSAR.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL). 2015. “Evaluación Específica de Desempeño 2014-2015 Programa Pensión para Adultos Mayores”.

Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Social (CONEVAL). 2015. Inventario Nacional de Programas y Acciones Sociales. Disponible en: http://www.coneval.org.mx/Evaluacion/Paginas/inventario_nacional_de_programas_y_acciones_sociales.aspx

Dávila, L.G. 2016. “Cómo funciona Prospera? Mejores prácticas en la implementación de programas de transferencias monetarias condicionadas en América Latina y el Caribe”. Banco Interamericano de Desarrollo. Nota Técnica IDB-TN-971. Disponible en: https://publications.iadb.org/handle/11319/7569

Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J.J., y Barrera-Cruz, A. 2015. “Panorama de la obesidad en México”. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 53(2):240-9.

Diario Oficial de la Federación (DOF). 2002. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México.

Espinel-Bermúdez, M.C., Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., García-González, J.J., Viveros-Pérez, A. y García-Peña, C. 2011. “Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios”. Salud Pública de México. 53:17-25.

Estudio de Carga Global de Enfermedades (2017). Global Burden of Disease Database. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/

Frenk, J., Knaul, F.M., Gómez Dantés, O. y Arreola Ornelas, H. 2018 (a). “Salud: Monopolio o pluralismo”. Nexos, 1 junio 2018. https://www.nexos.com.mx/?p=37756

Frenk, J., Knaul, F.M., Gómez Dantés, O. y Arreola Ornelas, H. 2018 (b). “La brecha de la salud”. Nexos, 1 junio 2018. https://www.nexos.com.mx/?p=35971

Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J., et al. 2001. “Frailty in older adults evidence for a phenotype”. Journals of Gerontology Series A Biol Sci Med Sci. 56(3):M146–57.

Fried, L.P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J.D. y Anderson, G. 2004. “Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care”. Journals of Gerontology Series A Biol Sci Med Sci. 59(3):M255–63.

Gandini, L., Lozano-Ascencio, F. y Gaspar Olvera, S. 2015. “El retorno en el nuevo escenario de la migración entre México y Estados Unidos.” Ciudad de México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).

García-Peña, C., Ávila-Funes, J. A., Dent, E., Gutiérrez-Robledo, L. y Pérez-Zepeda, M. 2016. “Frailty prevalence and associated factors in the mexican health and aging study: a comparison of the frailty index and the phenotype”. Experimental Gerontology. 79, 55–60.

García, B. 2017. “El trabajo doméstico y de cuidado en México”. Coyuntura Demográfica; 11: 69-73.

Giraldo-Rodríguez, L., Torres-Castro, S., Martínez-Ramírez, D., Gutiérrez-Robledo, L.M. y Pérez-Cuevas, R. 2013. “Tele-asistencia y tele-alarma para adultos mayores: experiencias preliminares en México”. Revista Saúde Pública. 47(4):711-7

Gutiérrez, J.P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. 2012. “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales”. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Gutiérrez Robledo, L.M., García Peña, C., Medina Campos, R., Parra Rodríguez, L., López Ortega, M., González Meljem, J.M. y Gómez Dantés, H. 2017. “Resumen ejecutivo. Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: Un reto para México.” México: Instituto Nacional de Geriatría.

Gutiérrez Robledo, L.M., Agudelo Botero, M., Giraldo Rodríguez, L. y Medina Campos, R.H. 2016. “Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México”. México: Instituto Nacional de Geriatría.

Huenchuan Navarro, S. y Rodríguez Velázquez, R.I. 2015. “Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de política”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Ibarrarán, P., Medellín, N., Regalia, F. y Stampini, M. (editores). 2017. “Así funcionan las transferencias condicionadas. Buenas prácticas a 20 años de implementación”. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en http://dx.doi.org/10.18235/0000746

Instituto de Atención al Adulto Mayor en la Ciudad de México (IAAM). 2016. “Evaluación interna 2016 del Programa Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 68 Años, residentes en el Distrito Federal Gestión 2015”.

Instituto de Salud y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). 2017. Manual ABC de la discapacidad. Disponible en: http://www.issste.gob.mx/images/discapacidad/2017/Tripticos/2-Manual-ABC-Discapacidad.pdf

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2015. GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington. Disponible en http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2013. “Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010”. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2015. Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Estados Unidos Mexicanos. México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2015a. Mujeres y hombres en México 2015. México: INEGI.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). 2015b. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2014. ENUT. Documento metodológico. México: INEGI.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). 2016. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuenta Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares de México 2012.

México: INEGI. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/tnrh/default.aspx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2017. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Tabulados básicos. Segundo trimestre de 2017. México, INEGI.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). 2018. Cuenta satélite del sector salud de México 2013. 21 de marzo de 2018. México: INEGI. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/salud/default.aspx

Instituto Nacional de Geografía y Estadística-Instituto Nacional de las Mujeres (INEGI-INMUJERES). 2015. INEGI e INMUJERES Presentan los resultados de la Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo 2014. Boletín de Prensa Núm. 273/15 13 de julio de 2015. Aguascalientes, AGS.

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). 2010. Las desigualdades de género vistas a través del estudio del uso del tiempo. Resultados de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2009. México: INMUJERES.

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). 2015b. “Situación de las personas adultas mayores en México”. México: Instituto Nacional de las Mujeres. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM). 2015. Procedimiento de Supervisión y Evaluación de Modelos de Atención Gerontológica. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/836/1/images/manual%20dag.pdf

Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM). 2014. Manual General de Organización del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/128/1/images/Manual%20General%20de%20Organizacion_del_INAPAM.pdf

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. 2011. Diario Oficial de la Federación del 30 de mayo de 2011. Última reforma publicada DOF 17-12-2015. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_171215.pdf

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. 2015. Diario Oficial de la Federación del 25 junio 2002. Última reforma publicada 17 diciembre 2015. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_171215.pdf

Ley de Asistencia Social. 2014. Diario Oficial de la Federación del 2 septiembre 2004. Última reforma publicada 19 diciembre 2014. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/270_191214.pdf

Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J.C., Franco-Marina, F., Medina-Mora, M.E., Borges, G., Nagavi, M., Wang, H., Vos, T., López, A.D. y Murray, C.J.L. 2013. "La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y los desafíos para el sistema de salud en México". Salud Pública de Méx, 55:580-594.

Manrique-Espinoza B., Salinas-Rodríguez A., Moreno-Tamayo K. M., Acosta-Castillo I., Sosa-Ortiz A.L., Gutiérrez-Robledo L.M., Téllez-Rojo, M.M. 2013. "Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México". Salud pública de México; 55 (Supl. 2): S323-S331.

Marmot, M. 2005. "Social determinants of health inequalities". Lancet, 365: 1099–104.

Naciones Unidas. 2006. "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad". http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497.

Naciones Unidas. 2017. "World population prospects: the 2017 revision". Asuntos Sociales y Económicos/División de Población de las Naciones Unidas.

Norma Oficial Mexicana. NOM031SSA32012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Diario Oficial de la Federación. 13 septiembre 2012. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012

Organización de Estados Americanos. 2015. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (A-70). Disponible en http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. Home-Based and Long-Term Care, Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series 898. Geneva: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2005. "Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores". Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, marzo de 2005. Organización Mundial de la Salud, Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, and Banco Mundial. 2011a. Informa Mundial Sobre La Discapacidad. Malta: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

———. 2011b. “Resumen Del Informe Mundial Sobre La Discapacidad.” http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70672/WHO_NMH_VIP_11.03_spa.pdf?sequence=1.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2017. “Global Health Observatory (GHO) data”. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/

Organización Mundial de la Salud. 2017. “Navegador de La Clasificación Internacional Del Funcionamiento de La Discapacidad y de La.” 2017. http://apps.who.int/classifications/icfbrowser.

Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M. y Karagiannidou, M. 2016. “World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people with dementia: coverage, quality and costs now and in the future”. London: Alzheimer Disease International.

Ramos, E. 2017. “La participación laboral de los adultos mayores con base en un modelo logit” CONAPO (editor). La situación demográfica de México 2016. México: Consejo Nacional de Población.

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Diario Oficial de la Federación. 30 de noviembre de 2012. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGIPD.pdf

Reglas de Operación del Programa Pensión para Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2017. Diario Oficial de la Federación: 28 de diciembre de 2016. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178748/ROP_PENSION_PARA_ADULTOS_2017.pdf

Robles M., M. Rubio y M. Stampini. 2018. “Have cash transfers succeeded in reaching the poor in Latin America and the Caribbean?”. Development Policy Review: por publicar.

Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I. y Mitnitski, A. 2005. “A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people”. Canadian Medical Association Journal. 173(5): 489-495.

Secretaría de Salud. 2016. Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5468078&fecha=29/12/2016

Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP). 1980. Características de la fecundidad en México. México: Secretaría de Programación y Presupuesto.

The Washington Group on Disability Statistics. 2017. “The Washington Group Short Set of Questions on Disability.” http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/The-Washington-Group-Short-Set-of-Questions-on-Disability.pdf

Anexos

Anexo 1. Programas estatales con enfoque en las personas adultas mayores y etapa de vida que se apoya. México 2014.

Entidad federativa	Nombre de la intervención	Objetivo	Derecho social que se apoya	Grupos de atención	Tipo de apoyo principal	Tipo de apoyo 2	Tipo de apoyo 3	¿Cómo se entregan los apoyos?
Aguascalientes	Fideicomiso Ayuda a una Persona Senecta	Brindar apoyo a las personas adultas mayores en situación de riesgo, desamparo y vulnerabilidad, que favorezca y propicie su integración social y productiva, así como su protección integral.	No discriminación	Población con vulnerabilidad económica y/o socioeconómica	Servicios de salud	Otro (Apoyos en especie (complementos nutricionales))	No aplica	No monetario
Aguascalientes	Programa Atención Social para Pensionistas	Fortalecer la promoción del envejecimiento sano y activo de sus pensionados, invitándolos a participar en un entorno favorable para el desarrollo de actividades físicas y de salud que eleven su calidad de vida.	Salud	Personas jubiladas/ Pensionados	Capacitación, asesoría u orientación	No aplica	No aplica	No monetario
Aguascalientes	Programa de Atención al Adulto Mayor	Promover el cumplimiento de la Ley para la Protección Especial de los Adultos Mayores del Estado de Aguascalientes, e impulsar las políticas públicas estatales y los programas de bienestar y desarrollo social.	Salud	Adultos mayores	Otro (Apoyos en especie (complementos nutricionales))	Capacitación, asesoría u orientación	Actividades recreativas y/o culturales	No monetario
Chiapas	Programa Amanecer	Programa social que beneficia a los adultos mayores de 64 años que se encuentran inscritos dentro del padrón de beneficiarios, elaborado por el Instituto AMANECER, proporcionándoles de manera mensual un recurso económico de $550.00 pesos, en los 122 municipios del estado de Chiapa	Seguridad Social	Adultos mayores	Pensión	Servicios educativos	Material para la salud	Ambos
Chihuahua	Programa Chihuahua Vive para el Adulto Mayor	Brindar al adulto mayor asistencia social en materia de alimentación, y demás bienes básicos. En coordinación con organizaciones que atienden a estos grupos de la sociedad, así como con las dependencias estatales y municipales, se otorgan descuentos en el pago de servicios, además de apoyarles en la realización de actividades sociales, culturales, de recreación, esparcimiento y de acceso al empleo. Se busca integrar un padrón de adultos mayores que facilite la organización, instrumentación y seguimiento de todas las actividades que se realicen.	Bienestar económico	Adultos mayores	Actividades recreativas y/o culturales	No aplica	No aplica	No monetario

Entidad federativa	Nombre de la intervención	Objetivo	Derecho social que se apoya	Grupos de atención	Tipo de apoyo principal	Tipo de apoyo 2	Tipo de apoyo 3	¿Cómo se entregan los apoyos?
Coahuila	Programa Bienestar del Adulto Mayor	Atender adultos mayores de escasos recursos económicos a través de actividades de recreación, cultura y deporte, así como distribuir apoyos económicos para atender sus necesidades básicas.	No discriminación	Adultos mayores	Actividades recreativas y/o culturales	Estímulo económico	No aplica	Ambos
Coahuila	Programa Experiencia Compartida	Atender al grupo de empacadores voluntarios que se encuentran en los diferentes centros comerciales, asegurando su bienestar social y económico, así como fomentar actividades que les permita mejorar su calidad de vida.	No discriminación	Adultos mayores	Actividades recreativas y/o culturales	Servicio social para la familia	No aplica	No monetario
Distrito Federal	Programa Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 68 años, Residentes en el Distrito Federal	Otorgar una seguridad económica básica, garantizando el pleno ejercicio del derecho a la pensión alimentaria a toda persona adulta mayor de 68 años que cumpla con los requisitos establecidos en la Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 68 Años, Residentes en el Distrito Federal y su Reglamento. Esta pensión económica tiene como finalidad atenuar las desigualdades sociales que enfrenta este grupo de población.	Seguridad social	Adultos mayores	Pensión	No aplica	No aplica	Monetario
Distrito Federal	Programa Vida/Amigo CAPTRALIR	Desarrollar actividades para la recuperación de la autoestima y la calidad de vida entre los pensionados y jubilados del Gobierno del Distrito Federal, de la Nómina 5, Lista de Raya.	Trabajo	Personas jubiladas/ Pensionados	Compensación garantizada al ingreso	No aplica	No aplica	Monetario
Distrito Federal	Visitas Médicas Domicialiarias	Brindar atención médica a los Derechohabientes de la Pensión Alimentaria en la comunidad a través de eventos y en el domicilio; en éste último se dará atención médica domiciliaria preferentemente a quienes habitan en unidades territoriales de alta y muy alta marginación, que no cuentan con seguridad social y no pueden trasladarse a un centro de salud, determinándose además si el domicilio es el lugar más adecuado para ejercer su derecho de recibir la atención médica primaria.	Salud	Población sin seguridad social	Servicios de salud	No aplica	No aplica	No monetario
Guanajuato	Programa Atención para Adultos Mayores	Promoción y ejecución de acciones que permitan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y presenectos,	No discriminación	Adultos mayores	Otro	No aplica	No aplica	No monetario

Entidad federativa	Nombre de la intervención	Objetivo	Derecho social que se apoya	Grupos de atención	Tipo de apoyo principal	Tipo de apoyo 2	Tipo de apoyo 3	¿Cómo se entregan los apoyos?
		proporcionándoles herramientas para su envejecimiento activo, en un marco de inclusión social y familiar.						
Guanajuato	Programa de Construcción y/o Fortalecimiento de Infraestructura de los Centros de Desarrollo Gerontológico	Contribuir al desarrollo integral de los adultos mayores en aspectos relacionados con su estilo de vida, así como con sus usos y costumbres, buscando mejorar sus condiciones de vida con vistas a un envejecimiento activo y saludable, respetando su identidad.	Seguridad social	Localidades o municipios	Construcción, mantenimiento, rehabilitación y/o financiamiento de infraestructura y/u obra pública	No aplica	No aplica	No monetario
Guanajuato	Programa de Proyectos Productivos para Adultos mayores	Implementación de Proyectos Productivos en grupos de Adultos Mayores en los Centros de Desarrollo Gerontológico, para aprovechar, rescatar y compartir los conocimientos y experiencias en las actividades que han desarrollado a lo largo de su vida.	Bienestar económico	Adultos mayores	Apoyo y/o financiamiento para el desarrollo, mejora o consolidación de actividades o proyectos productivos	Capacitación, asesoría u orientación	No aplica	No monetario
Guerrero	Programa Pensión Guerrero	Garantizar el otorgamiento de un apoyo económico a favor de las Personas Adultas Mayores que no cuenten con ningún tipo de apoyo económico por parte de los diferentes institutos de Seguridad Social, de la Federación, del Estado, de los Municipios, del Sector Privado o por el gobierno de otros países, como un acto de justicia social a favor de las personas adultas mayores que se encuentren en estado de vulnerabilidad y que radiquen dentro del territorio Guerrerense.	Seguridad social	Adultos mayores	Pensión	No aplica	No aplica	Monetario
Hidalgo	Programa Apoyos Asistenciales y Sociales	Contribuir a mejorar la funcionalidad física de los adultos mayores a través de apoyos asistenciales y sociales.	Salud	Adultos mayores	Material para la salud	Actividades recreativas y/o culturales	No aplica	No Monetario
Hidalgo	Programa Gerontología Comunitaria para una Vejez Activa	Contribuir para que los adultos mayores de las localidades y municipios del Estado de Hidalgo, adopten estilos de vida saludables, mediante un proceso de atención integral, capacitación gerontológica y actividades culturales y recreativas, considerando su entorno físico–social.	Salud	Adultos mayores	Capacitación, asesoría u orientación	Servicios de salud	Actividades recreativas y/o culturales	No monetario
Jalisco	Programa Atención a los Adultos Mayores	Contribuir a la reducción de la vulnerabilidad de la población jalisciense adulta mayor de 65 años o más, que no recibe ingresos a	Seguridad social	Adultos mayores	Pensión	No aplica	No aplica	Monetario

Entidad federativa	Nombre de la intervención	Objetivo	Derecho social que se apoya	Grupos de atención	Tipo de apoyo principal	Tipo de apoyo 2	Tipo de apoyo 3	¿Cómo se entregan los apoyos?
		través del pago de jubilación o pensión de tipo contributivo, mediante la entrega de apoyos económicos.						
Jalisco	Bienestar del Adulto Mayor	Coadyuvar en la disminución de las condiciones de vulnerabilidad social de las personas adultas mayores en Jalisco, mejorando su bienestar, desarrollo y calidad de vida.	Salud	Adultos mayores	Actividades recreativas y/o culturales	No aplica	No aplica	No monetario
México	Programa Adultos en Grande	Fomentar el desarrollo de actividades para el Adulto Mayor, a través de cursos de capacitación que le permitan mejorar su calidad de vida y su economía.	Trabajo	Adultos mayores	Capacitación, asesoría u orientación	Insumos o equipo para la producción	No aplica	No monetario
México	Programa Gente Grande	Favorecer el acceso de alimentos a personas de 60 años de edad o más, que viven en condición de pobreza multidimensional en el Estado de México, mediante la entrega de canastas alimentarias.	Alimentación	Adultos mayores	Alimentos	No aplica	No aplica	No monetario
Michoacán	Programa de Gratuidad para la Atención Médica de Adultos Mayores	Promover campañas de difusión encaminadas a la prevención de enfermedades características del adulto mayor. Proporcionar consulta de medicina general y especializada. Suministrar los medicamentos que prescriba el médico tratante en la consulta externa, que se encuentren dentro del Cuadro Básico del Sector Salud, sin costo alguno, previo estudio socioeconómico.	Salud	Adultos mayores	Servicios de salud	Material para la salud	No aplica	No monetario
Morelos	Desarrollo Gerontológico Integral	Impulsar acciones que promuevan la calidad de vida en los adultos mayores y al mismo tiempo difundir una nueva cultura del envejecimiento activo y digno, en un marco de integración y participación social y familiar, fomentando la creación de espacios autogestivos.	Salud	Adultos mayores	Actividades recreativas y/o culturales	Capacitación, asesoría u orientación	No aplica	No monetario
Nuevo León	Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor	Contribuir al mejoramiento del bienestar de las personas adultas mayores en situación de pobreza; y como objetivos específicos, incrementar el ingreso económico de las personas adultas mayores, así como su acceso a otros apoyos sociales. Tal objetivo se pretende lograr por medio de apoyos con una transferencia monetaria mensual.	Seguridad social	Adultos mayores	Pensión	Servicios de salud	No aplica	Ambos

Entidad federativa	Nombre de la intervención	Objetivo	Derecho social que se apoya	Grupos de atención	Tipo de apoyo principal	Tipo de apoyo 2	Tipo de apoyo 3	¿Cómo se entregan los apoyos?
Querétaro	Programa Salud de los Adultos Mayores de 60 y más	Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población.	Salud	Adultos mayores	Servicios de salud	No aplica	No aplica	No monetario
Sonora	Programas de Apoyo a Adultos Mayores	Contribuir a mejorar el nivel de bienestar de los adultos mayores a través de un esquema de atención integral para otorgar apoyos orientados a satisfacer sus necesidades básicas.	Seguridad social	Adultos mayores	Subsidios	Servicios de salud	No aplica	Ambos
Tamaulipas	Programa “Adultos Plenos”	Contribuir al mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida de los adultos mayores por medio de su inserción en el mercado laboral en actividades propias a su edad, condición y capacidad.	Trabajo	Adultos mayores	Apoyo para adquirir, edificar, terminar, ampliar o mejorar la vivienda	Capacitación, asesoría u orientación	Servicios de salud	No monetario
Tamaulipas	Programa “Villas Vida Plena”	Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo socio afectivo de los adultos mayores que demandan servicios del programa a través de la implementación del modelo de atención biopsicosocial.	Salud	Adultos mayores	Servicio social para la familia	Servicios de salud	No aplica	No monetario
Tamaulipas	Programa ConSentido para Adultos Mayores	Promover y consolidar los espacios y las organizaciones creadas especialmente para la atención y el desarrollo de los adultos mayores, brindándoles las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida y mejorando sus condiciones de salud, psicológicas y sociales mediante actividades dirigidas a este grupo.	Salud	Adultos mayores	Servicios de salud	Actividades recreativas y/o culturales	No aplica	No monetario
Veracruz Ignacio de la Llave	Adelante con Nuestros Abuelitos	Otorgar a los adultos mayores de 60 años atención médico-asistencial, económica, cultural, recreativa y deportiva para contribuir a mejorar sus niveles de vida.	Salud	Adultos mayores	Servicios de salud	Actividades recreativas y/o culturales	No aplica	No monetario
Veracruz Ignacio de la Llave	Asistencia Alimentaria para el Adulto Mayor	Contribuir a la seguridad alimentaria de los adultos mayores veracruzanos, mediante la entrega de apoyo alimentario y aseguramiento de la calidad, acompañado de acciones de orientación alimentaria.	Alimentación	Adultos mayores	Alimentos	No aplica	No aplica	No monetario
Veracruz Ignacio de la Llave	Programa de Fomento de la Salud	No disponible	Salud	Adultos mayores	Servicios de salud	No aplica	No aplica	No monetario
Yucatán	Programa de Atención al Envejecimiento	Propiciar estrategias que promuevan una mejor calidad de vida y contribuir en la prevención y control para retardar la aparición de las enfermedades de mayor	Salud	Adultos mayores	Servicios de salud	No aplica	No aplica	No monetario

Entidad federativa	Nombre de la intervención	Objetivo	Derecho social que se apoya	Grupos de atención	Tipo de apoyo principal	Tipo de apoyo 2	Tipo de apoyo 3	¿Cómo se entregan los apoyos?
		prevalencia en la población de 60 años y más.						
Zacatecas	Programa Sumando a los Abuelos	Ofrecer a los Adultos Mayores inscritos en el Programa "Sumando a los Abuelos" diversos apoyos de índole económico y recreativo que les permitan obtener una mejor calidad de vida.	No discriminación	Adultos mayores	Estímulo económico	No aplica	No aplica	Monetario

Fuente: Adaptado del Listado de programas y acciones de desarrollo social que las 32 entidades federativas operaron a través de dependencias o entidades locales, con presupuesto estatal, durante el ejercicio fiscal 2014. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.