



**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA SUPERIOR DE COMERCIO Y ADMINISTRACIÓN
UNIDAD SANTO TOMÁS**

SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**TEMA: “ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CASAS
PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN MÉXICO”**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS**

P R E S E N T A

CLAUDIA MICHELLE ALCALÁ CEBALLOS

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSE LUIS FLORES GALAVIZ

México, D.F.

Marzo, 2015



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de MÉXICO, D. F. siendo las 12:30 horas del día 17 del mes de FEBRERO del 2015 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de Tesis designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de LA E. S. C. A. para examinar la tesis de grado titulada:

"ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CASAS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN MÉXICO"

Presentada por el alumno:

ALCALÁ CEBALLOS CLAUDIA MICHELLE
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)
Con registro:

B	1	2	0	9	7	1
---	---	---	---	---	---	---

aspirante de MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

Director de tesis

DR. JOSÉ LUIS FLORES GALAVIZ

DR. MARIA TRINIDAD CERECEDO MERCADO

DR. ROGAR OLIVER CARDOSO ESPINOSA

M. EN C. MARTÍN GONZÁLEZ GARCÍA

M. EN C. LETICIA REFUGIO CHAVARRÍA LÓPEZ

EL PRESIDENTE DEL COLEGIO

DRA. MARÍA TRINIDAD CERECEDO MERCADO
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
E.S.C.A. SANTO TOMÁS
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D.F. el día 02 del mes de Marzo del año 2015, la que suscribe Claudia Michelle Alcalá Ceballos alumna del Programa de Ciencias en Administración de Negocios, con número de registro B120971, adscrito(a) a la Escuela Superior de Comercio y Administración Unidad Santo Tomás, manifiesta que es la autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del Dr. José Luis Flores Galaviz y cede los derechos del trabajo titulado "Análisis de estrategias para la implementación de casas para la atención a personas de la Tercera Edad en México", al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso de la autor) y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección michelle24a@yahoo.com.mx. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Claudia Michelle Alcalá Ceballos

Abreviaturas

CDH.- Comisión de Derechos Humanos

CEPAL.- Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CONAPO.- Consejo Nacional de Población

INAPAM.- Instituto Nacional para los Adultos Mayores

INEGI.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

INSEN.- Instituto Nacional de la Senectud

IMSS.- Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE.- Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado

ONU.- Organización de las Naciones Unidas

OMS.- Organización Mundial de la Salud

OPS.- Organización Panamericana de la Salud

PEMEX.- Petróleos Mexicanos

SDN.- Secretaría de Defensa Nacional

SM.- Secretaría de Marina

SSA.- Secretaría de Salud

Agradecimientos

A mi familia: Por seguirme apoyando en la vida, por su motivación constante, su amor y confianza, por permitirme compartirles quien soy y demostrarme su comprensión día a día, por su ejemplo continuo.

A mis amigos: Por apreciar mis logros, valorar nuestra amistad, por enseñarme a ser paciente, ganarse mi respeto y seguir aportando a mi vida en todos los aspectos.

A mis profesores: Por brindarme la oportunidad de aprender a su lado, por su interés en seguirme desarrollando y por su empatía durante mi estancia en el Instituto.

Al universo: Por abrirme el camino para seguir creciendo como persona, por mantener a personas importantes e inolvidables cerca de mí, por enfrentarme a diversas vivencias para perseverar en lo que me propongo.

Contenido

Agradecimientos	5
Resumen.....	9
Abstract	10
Introducción	11
Capítulo 1: Antecedentes del problema y situación problemática	13
1.1 Descripción del problema	15
1.1.1 Planteamiento del problema de Investigación.....	17
1.2 Preguntas de investigación	19
1.3 Objetivos de la Investigación	20
1.3.1 Objetivo General	20
1.3.2 Objetivos Específicos.....	20
1.4 Justificación	21
1.4.1 Conveniencia.....	22
1.4.2 Relevancia Social	23
1.5 Viabilidad de la Investigación.....	23
1.5.1 En lo social	23
1.5.2 En lo económico	23
1.5.3 En lo político	24
1.6 Limitaciones de la Investigación	25
Capítulo 2: Envejecimiento de la población	26
2.1 Dinámica y situación demográfica.....	28
2.1.1 Esperanza de vida en edades mayores.....	31
2.1.2 Evolución esperanzada de la población envejecida	32
2.1.3 Índice de envejecimiento	33
2.2 Proceso de envejecimiento de la población en México	35
2.2.1 Cambios en la mortalidad.....	37
2.2.2 Cambios en la fecundidad.....	38
2.2.3 Cambios en la migración	39
2.2.5 Cambios en la estructura por edad y sexo	45
2.2.6 Relación de dependencia demográfica.....	47
2.2.7 Situación conyugal	52

2.3 Población de la Tercera Edad.....	56
2.3.1 Estructura de los ingresos de la población adulta mayor.....	58
2.3.1.1 Trabajo extra doméstico por nivel de instrucción.....	61
2.3.1.2 Ingreso por trabajo extra doméstico.....	61
2.3.1.3 Ocupación principal.....	63
2.3.1.4 Posición en la ocupación.....	64
2.3.2 Participación de la población de 65 años y más en el trabajo.....	65
2.3.2.1 Trabajo doméstico y extra doméstico.....	69
2.3.2.2 Condición de actividad.....	70
2.4 Vulnerabilidad entre las personas de la Tercera edad.....	71
2.4.1 La mortalidad.....	74
2.4.2 Mortalidad según edad y sexo.....	76
2.4.3 Mortalidad por causas.....	77
2.5 Transición epidemiológica y las condiciones de la salud de la población.....	79
2.5.1 Derechohabiencia a los servicios de salud.....	80
2.5.2 Derechohabiencia por tamaño de localidad.....	82
2.6 Discapacidad en la vejez.....	82
2.6.1 Calidad de vida de las personas de la Tercera edad.....	84
2.6.2 Envejecimiento, pobreza y desigualdad social.....	86
2.7 Vivienda, entorno y envejecimiento.....	88
2.7.1 Hogares unipersonales.....	95
2.7.2 Vivienda particular.....	96
2.7.3 Características de las viviendas por tamaños de localidad.....	97
2.7.4 Modelos gerontológicos.....	98
Capítulo III: Marco Normativo.....	103
3.1 Las obligaciones contraídas por los Estados respecto de los Derechos Humanos.....	105
3.2 La dimensión normativa.....	108
3.3 La dimensión procesal.....	111
3.4 La dimensión de contenidos.....	113
3.4 Objetivos y contenidos de la cobertura legal en las leyes especiales.....	117
3.5 Derechos de las personas de la Tercera edad.....	121
3.6 Ley de los Derechos de las Personas de la Tercera Edad.....	125

Capítulo IV: Metodología de la Investigación.....	127
4.1 Enfoque de la Investigación	127
4.2 Tipo de Estudio	128
4.3 Instrumento de la Investigación	129
4.4 Tamaño y muestra.....	130
Capítulo V: Análisis e Interpretación de los resultados	131
5.1 Conclusiones	148
Capítulo VI: Propuesta de la Investigación.....	151
6.1 Reflexiones	152
6.2 Referencias Bibliográficas	163
Anexos.....	169

Resumen

El envejecimiento es un tema de interés para las Naciones Unidas, en los últimos 20 años, ha aumentado la expectativa de vida en el mundo; mientras que la tasa de fecundidad va en descenso. El proceso de envejecimiento de la población se caracteriza por el aumento de las personas que tienen 60 años o más. Su relevancia se debe a que este proceso tiene impactos múltiples en la sociedad, no sólo en los ámbitos de educación y salud, sino también en la economía y en la composición de la fuerza de trabajo.

La población de México está envejeciendo. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población para las próximas décadas, se prevé que el número de personas de más de 60 años, llegará a casi 2 mil millones en 2050.

Los estudios actuales demuestran que los adultos mayores tienen buena capacidad de respuesta a los tratamientos apropiados para mantener la capacidad funcional. Por lo tanto, se requerirá de instalaciones y atención especializada para este sector de la población; se generará una demanda que abrirá nuevas oportunidades de negocio para cubrir las necesidades de consumo, atención, recreación y esparcimiento.

El objetivo de esta investigación es fomentar la implementación de casas para la atención de los adultos de la Tercera Edad en México. Logrando así la generación de fuentes de empleo, la participación social y el fomento de las tradiciones culturales e históricas de nuestro país; incrementando la afluencia de ciudadanos extranjeros que tienen la visión puesta en México para su jubilación.

Abstract

Aging is an issue of concern to the United Nations in the past 20 years, has increased life expectancy in the world; while the fertility rate is declining. The aging of the population is characterized by the increase in people who are 60 years or older. Its relevance is that this process has multiple impacts on society, not only in the areas of education and health, but also in the economy and the composition of the workforce.

Mexico's population is aging. According to the National Population Council for the coming decades, it is expected that the number of people over 60 years, reach nearly 2 billion in 2050.

Current studies show that older adults have good capacity to respond to appropriate treatment to maintain functional capacity. Therefore, it will require specialized facilities for this sector of the population care; a demand that will open new business opportunities to meet consumption needs, care, recreation and entertainment is created.

The objective of this research is to promote the implementation of care homes for the elderly in México. This leading to the generation of jobs, social participation and promotion of cultural and historical traditions of our country; increasing influx of foreign nationals who have the vision set in Mexico for retirement.

Introducción

En los diferentes capítulos se pretende dar a conocer al lector antecedentes históricos de las personas de la tercera edad, el proceso de envejecimiento, la situación es que tiene que enfrentar el adulto mayor, lo que implica llegar a esta etapa de vida en el aspecto físico, económico, psicológico y social.

Considerando que como sociedad debemos mostrar humanismo hacia las personas de la tercera edad en darles un trato digno, respetándolos y aceptándolos.

El envejecimiento es un proceso progresivo intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Actualmente la proporción media en los países en desarrollo es de 88 hombres por 100 mujeres de 60 años o más.

El envejecimiento de la población en México es uno de los retos más importantes que enfrentara el país durante la primera mitad de este siglo. En poco tiempo la población en edades avanzadas aumentara respecto a otros grupos de edad, lo que implica cambios en las capacidades de trabajo y de producción, así como en la demanda de bienes y servicios, de salud, de seguridad social y de relaciones familiares.

Hoy en día el mundo experimenta una transformación demográfica sin precedentes, ya que de aquí al 2050, el número de personas de 60 años o más se duplicará, pasando del 10% al 21%. Esta transformación planteará a todas las sociedades el reto de aumentar las oportunidades de negocio dirigidas a los adultos mayores y así aprovechar al máximo sus capacidades de participar en todos los aspectos de la vida.

Las condiciones han cambiado y los adultos mayores actualmente tienen una perspectiva de 10 o 15 años más de vida después de la jubilación o el retiro laboral; es posible que puedan sobrellevar sus enfermedades y tengan muchos más amigos y parientes vivos con quienes conversar.

Sin embargo, la realidad en que se encuentran inmersos, no les ofrece los estímulos necesarios para llevar su vida adecuadamente ya sea porque se les considera y trata como viejos o porque los excesivos cuidados que se le brindan pueden coartarle o ridiculizarle sus proyectos haciendo del adulto mayor un retirado o un enfermo antes de tiempo.

Capítulo 1: Antecedentes del problema y situación problemática

El Plan de Acción Internacional Madrid sobre el Envejecimiento 2002, describe y analiza los retos planteados por el envejecimiento mundial de la población. Tanto el análisis de la situación como las líneas de acción que se proponen suponen un loable y meritorio intento por diseñar el marco de actuación en que deberán moverse las políticas sobre envejecimiento de los organismos nacionales e internacionales. En esta investigación se considera una visión global e integradora del envejecimiento y los retos que hacen de él aportan un espléndido instrumento que marca las pautas que deben seguirse para lograr el mayor bienestar posible para las personas de la tercera edad.

La preocupación por los problemas y demandas de los adultos mayores es nueva en México y en los países de América Latina y el Caribe, sólo comienza en los años 80 cuando se incluyen en las agendas de discusión política, aquellos aspectos relativos al envejecimiento y sus consecuencias (OPS, 1994).

Los consensos logrados en la definición de políticas van orientados a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización.

Así, la planificación y distribución de los servicios para las personas de la tercera edad deben dar respuesta a sus necesidades específicas, e idealmente el sistema de servicios debe incluir "servicios para el adulto mayor relativamente sano e independiente, servicios para aquellos que experimentan limitaciones y requieren apoyos, servicios para aquellos cuyas necesidades requieren cuidado institucionalizado" (OPS, 1994).

La vejez es consecuencia de un proceso biológico pero es también una construcción cultural (Beauvoir, 1970). Una persona es vieja, como en cualquier otro rol y estatus social, cuando las demás personas así la consideran (Bazo, 1990). En la semántica

cultural, es la persona que encaja en una categoría colectiva de edad, como ocurre igualmente como ser niño, adolescente o adulto”.¹

En el proceso dialéctico de la interacción social, las demás personas, a través de sus conductas, son el espejo en el que uno mismo se ve reflejado. Las reacciones de los demás hacia una persona le muestran la imagen que presenta, constriñéndola a adoptar los comportamientos que sabe que esperan de ella. La categoría de vejez, en este sentido, está llena de falsas creencias y contradicciones, por lo que el proceso de envejecer puede convertirse fácilmente en una serie de profecías que se auto cumplen y, con frecuencia, las personas mayores se convierten en víctimas de las ideas preconcebidas, o estereotipos, sobre cómo se supone que deben actuar o reaccionar (Antonucci, 1996).

Por lo expuesto, estamos frente a un grupo poblacional que requiere atención y cuidados que superen las limitaciones del paradigma biomédico. Es así como el propósito de los cuidados en salud será, evitar que ellas se conviertan en factores limitantes en el desarrollo de las actividades que el adulto de la tercera edad necesite o desee realizar y además alcanzar el máximo desarrollo de las potencialidades psicológicas, sociales, económicas, culturales y espirituales para el óptimo desempeño personal y social de éste grupo de personas.

¹Secretaría de Desarrollo Social. Manual del Instituto Nacional de las Personas Adultas. México. 2005. P-74

1.1 Descripción del problema

Los adultos de la tercera edad se encuentran a partir de su ingreso a esta etapa de la vida, en una paradójica situación. Por una parte, para quien ha trabajado toda su vida, el hecho de retirarse o jubilarse más que un alivio, puede significar una condena al ocio, a sentirse inútil y a la soledad.

En las próximas décadas la población de México completará la última fase de la transición demográfica, encaminándose rápidamente a un crecimiento cada vez más reducido y a un perfil envejecido. Las previsiones para la mitad del presente siglo sugieren que la población podría alcanzar entre 130 y 150 millones de habitantes. Por ello, en los próximos años el país seguirá enfrentando el desafío de proporcionar a sus habitantes empleo, vivienda, vestido, alimentación, educación y salud.

La Organización Mundial de la Salud considera que la población de edad avanzada se puede dividir en "tercera edad" (recién jubilados) y cuarta edad (viejos jubilados), por lo general con más de 75 años de edad.

El proceso de envejecimiento demográfico no es reversible, pues los adultos mayores del mañana ya nacieron. Las generaciones más numerosas, las nacidas entre 1960 y 1980, ingresarán al grupo de 60 años y más, a partir del 2020 y en las próximas décadas se verá reflejado en el aumento de las proporciones de los adultos mayores. Es necesario analizar las condiciones de vida y los principales problemas de las personas adultas de la Tercera edad en el presente estudio. Con el objetivo de tener en cuenta las demandas y necesidades de este estrato de la población en los siguientes años.

En nuestro país, según los estudios del Consejo Nacional de Población (CONAPO), desde 1990 la población de adultos mayores ha crecido a ritmos más acelerados que la de otros grupos, así, se tiene contabilizado que actualmente la población de adultos mayores sobrepasa los 10 millones de personas, con una tasa anual de crecimiento superior al 3.56%.

Por lo que el crecimiento de la población de adultos mayores es un fenómeno altamente significativo, y esto nos hace reflexionar sobre el proceso gradual de envejecimiento en el que estamos transitando.

Estos factores constituyen las condiciones del escenario del futuro en el país, en una sociedad en donde se polarizan los dos grandes sectores de la población; por un lado los adultos de la Tercera edad, y por el otro los jóvenes, situación que tendrá consecuencias en los ámbitos económico, social y político.

Este futuro demanda, que todos asumamos el problema del envejecimiento como un fenómeno inherente a la sociedad, y que se constituya una conciencia clara sobre la importancia de participar con las instituciones y organizaciones de la sociedad civil vinculadas con la atención de los adultos de la tercera edad, en el diseño, promoción y desarrollo de estrategias que nos permitan, desde este momento, enfrentar dicha situación.

La condición de los adultos mayores está marcada por una discriminación sustentada en la edad, a partir de un estereotipo social que caracteriza a la persona de la tercera edad con atributos negativos de improductividad, ineficiencia, enfermedad y decadencia en general, lo cual en la antigüedad era sinónimo de reconocimiento, respeto y obediencia.

Por lo tanto, la sociedad mexicana enfrenta una circunstancia única en su historia ya que al considerar que el potencial de las personas de edad es una sólida base para el desarrollo futuro del país debe considerarse la experiencia y la sabiduría que estos individuos aportan, no sólo para asumir la iniciativa de su propia mejora, sino también para participar activamente en la sociedad.²

Considerando que el envejecimiento de la población es el resultado de un aumento en la esperanza de vida y una disminución sostenida de las tasas de natalidad y mortalidad. Esta prolongación de la vida conlleva un mayor gasto en los servicios de atención y salud, medicamentos y cuidados.

² Artículo 10 Declaración Política de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento.

De ahí la importancia de implementar casas de atención para los adultos de la tercera edad, promocionando el cuidado, la prevención gerontológica y aplicación geriátrica, para lograr una mejora en la calidad de vida de las personas de la Tercera edad.

1.1.1 Planteamiento del problema de Investigación

De acuerdo a las Naciones Unidas en 1982, a partir de la Asamblea Mundial del Envejecimiento, se ha adoptado la definición de "envejecimiento de la población" como un proceso de cambio de la estructura por edades de una población, caracterizado por el aumento en la proporción de las personas mayores de sesenta años o más.

“El envejecimiento de la población es, ante todo, y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud públicas, así como del desarrollo social y económico”.³

La edad es un criterio arbitrario para acotar el envejecimiento, dadas las diferencias entre la vejez socialmente asignada o autopercibida, por lo que se considera como adultos mayores a la población de 60 años o más, de acuerdo al criterio adoptado en la mayoría de las investigaciones sociodemográficas que versan sobre el tema y en pleno apego a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores que rige en el país, así como la Organización Mundial de la Salud 2010.

El planteamiento de esta investigación, está dirigido, por una parte a intentar desarrollar un enfoque que reclama la necesidad de utilizar e incorporar una visión en perspectiva de la vejez, un enfoque que permita captar la riqueza sociológica de un periodo vital que generalmente se ha estudiado en términos unitarios. El reto, por tanto, es considerable ya que a pesar de la carencia de fuentes de información adaptadas a estos requerimientos se espera lograr una aportación enriquecedora con los medios disponibles. En consecuencia, el interés de este producto de investigación no descansa tanto en la medición estadística de fenómenos sino en la posibilidad de captar a través de cauces cualitativos, los procesos que se encuentran en la base de la estructura residencial de las personas de la Tercera edad.

³ Gro Harlem Brundtland, Directora General de Organización Mundial de la Salud. 1999.

En el contexto demográfico actual, definido por el proceso de envejecimiento, conocer el modelo residencial de las personas mayores y sus dinámicas parece fundamental, especialmente para tener cierta capacidad de previsión de cara al futuro. Los planteamientos que se desarrollan en esta investigación son útiles para el diseño de políticas residenciales orientadas a las personas de la Tercera edad e invitan a reflexionar sobre la necesidad de proyectar intervenciones flexibles en consonancia con una realidad socialmente compleja, cambiante y heterogénea.

Conocer algo más sobre la dinámica residencial de los adultos mayores permitirá afinar nuestra percepción en torno a la configuración del escenario residencial futuro. Por otro lado, el estudio de las principales estrategias para la implementación de casas para la atención analizadas desde la perspectiva de sus propios protagonistas permitirá construir instrumentos para valorar su adecuación y localizar las esferas donde todavía se puede avanzar.

El envejecimiento activo, según la OMS, se refiere al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Este tipo de envejecimiento permite a las personas desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo de vida y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

Envejecer no es sinónimo de enfermedad, demencia senil o ausencia de deseo sexual. Tampoco lo es de carencia de capacidad productiva o creativa ni de un estado de eterno cansancio que obliga a llevar una vida sedentaria. Y es que el envejecimiento bien llevado consiste, sencillamente, en vivir más y disfrutar del tiempo libre haciendo lo que no se pudo, no se quiso o no se supo hacer antes de alcanzar la madurez. Sin embargo, la sociedad todavía no ofrece suficientes propuestas para llenar los momentos de ocio de ese periodo de la vida y da la espalda a la realidad, a pesar de que dentro de 30 años la mitad de la población de este país estará jubilada o en vísperas de hacerlo. A esto se le añade el aumento de la esperanza de vida, situada en

los 76.9 años, con lo que tras el retiro laboral quedan todavía muchos años en los que disfrutar con actividades como viajar.

Es necesario consolidar acciones que conlleven a un óptimo desarrollo integral del adulto mayor, es decir, ofrecer escenarios con una nueva cultura de abordaje.

La conciencia sobre la necesidad de hacer acciones sólidas para la población de la Tercera Edad suenan interesantes, la sociedad se prepara para este proceso demográfico. Es necesario aumentar la gestión para implementar casas de atención para los adultos de la Tercera edad. El proceso de envejecimiento en América Latina va de la mano con el crecimiento económico.

1.2 Preguntas de investigación

1. ¿Cómo se encuentran las sociedades en proceso de envejecimiento?
2. ¿Qué estrategias son necesarias para la implementación de casas para la atención a personas de la tercera edad en México?
3. ¿Cuáles son las propuestas para impulsar el desarrollo de las casas para la atención a personas de la tercera edad en México?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar los factores sociales, económicos y demográficos de la población de adultos de la tercera edad que constituyen la base para la implementación de casas orientadas al cuidado y la atención de esta población; para contribuir al desarrollo social y económico de México.

1.3.2 Objetivos Específicos

*Analizar el impacto que tiene el envejecimiento activo en México.

*Describir las características de la población de la tercera edad.

*Evaluar la viabilidad de la implementación de casas para la atención de los adultos de la tercera edad.

*Proponer estrategias encaminadas a la implementación de casas para la atención de los adultos de la tercera edad.

1.4 Justificación

La estructura residencial de las personas de la Tercera edad no debe ser interpretada como una consecuencia directa y lógica del proceso de envejecimiento, o como una condición inherente a este, sino que depende en cada caso de variables y experiencias diferentes.

Entre estos es posible señalar: funciones familiares (disposición), trabajo doméstico, alimentación, descanso, reproducción de la fuerza de trabajo, integración social, estado de salud, localización geográfica, sexo, estado civil, situación económica, etc.

Estos indicadores admiten diferentes combinaciones y variaciones en sus secuencias de aparición. El género constituye un argumento poderoso desde el punto de vista de las estrategias para la implementación de casas para la atención a personas de la Tercera edad. Muchas experiencias vitales están marcadas por el género y este factor contribuye a reproducir y perpetuar comportamientos y modelos de estratificación diferentes entre hombres y mujeres. El género es un factor importantísimo en las construcciones sociales.

El periodo de envejecimiento se relaciona con una etapa vital en la que concurren numerosos cambios en los hogares y sus miembros, con otros de índole más social, y que tienen una especial proyección sobre su situación residencial.

Hoy en día las personas de tercera edad tienen otra actitud frente a la vida; más dinámica y positiva, pese a sus problemas de salud. Cada vez más personas de la tercera edad buscan participar en eventos deportivos y culturales; pero fuera del Instituto Nacional de la Senectud (INAPAM, Memoria documental INAPAM 2012, 2012), no existen organizaciones o empresas especializadas en atender estas demandas. El INSEN tiene más de mil 700 clubes en toda la República Mexicana y atiende, sólo en la Ciudad de México, a más de cinco mil personas mayores de 60 años ofreciéndoles todo tipo de actividades.

La creciente población de las personas de la Tercera edad debe ser integrada al desarrollo y a la modernidad, lo que depende en parte importante del Estado, pero

también de los propios adultos mayores (y de los individuos que se aproximan a esa etapa de la vida).

El envejecer, es el resultado de un hecho biológico natural, por lo cual el proceso de envejecimiento es la condición final de cualquier individuo.

La tercera edad tiene tres aspectos para su desarrollo social:

1. Integración al medio, la libertad de incluirse dentro de la comunidad debe ser guiada por él, no aislarlo ni hacerlo dependiente tempranamente.
2. Interacción con otras generaciones y realidades, necesidad de alternar vivencias. Su experiencia aporta un sentido educativo.
3. Diversidad para desarrollar actividades múltiples.

Las casas para la atención de las personas de la tercera edad son establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios (cuidados de salud y atención especial) y programas de intervención (culturales, deportivas, recreativas y de estímulo) adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigidas a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal, mantenimiento el bienestar psíquico y social de la población de más de 65 años de edad, cuya situación de salud no altere o ponga en riesgo la normal convivencia.

1.4.1 Conveniencia

La investigación servirá para aportar mayor información y fomentar el desarrollo de nuevos modelos de negocio dirigidos a las personas de la tercera edad en México (adultos en plenitud).

El proceso de envejecimiento conlleva a una elevación de costos y gastos en salud, así como un impacto económico, social y cultural, por lo que se busca diseñar estrategias enfocadas a mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad por medio de la atención y los cuidados propuestos en este modelo de negocio, contribuyendo a la generación de empleos y al desarrollo de servicios dirigidos a este sector.

1.4.2 Relevancia Social

En primera instancia se beneficiarían a las personas de la Tercera edad, además se reactivaría económicamente a la población enfocada a prestar servicios a este sector poblacional, generando empleos y contribuyendo al desarrollo social, cultural, económico y político del país.

1.5 Viabilidad de la Investigación

1.5.1 En lo social

Este grupo de edad ha estado creciendo en la pirámide de población o distribución por edades en la estructura de población, debido principalmente a la baja en la tasa de mortalidad por la mejora de la calidad y esperanza de vida de muchos países.

Las condiciones de vida para las personas de la tercera edad son especialmente difíciles, pues pierden rápidamente oportunidades de trabajo, actividad social y capacidad de socialización, y en muchos casos se sienten postergados y excluidos. La relevancia social que tiene esta investigación es concientizar sobre la necesidad de obtener una mejor calidad de vida y bienestar a través del servicio que se ofrecerán en las casas para la atención de las personas de la tercera edad.

El nivel socio económico, cultural y profesional de un individuo es el factor de mayor importancia en determinar la calidad de vida en la vejez.

1.5.2 En lo económico

La migración es junto con la fecundidad y la mortalidad, una variable que determina el ritmo de crecimiento, la estructura de la población y la forma en que ésta se distribuye en el territorio. El cambio de lugar de residencia es selectivo según la edad, lo que

propicia que tanto la población de origen como la de destino experimenten modificaciones en su estructura.

Como lo he mencionado, las casas para la atención de las personas de la tercera edad contribuyen en gran medida a la generación de empleos y al desarrollo económico del país, debido al fomento del turismo que se promueve en México por la calidad de vida que se obtiene con este modelo de negocio en diversos estados de la República Mexicana, de acuerdo a la variedad de climas y ubicación geográfica.

1.5.3 En lo político

El identificar problemáticas y soluciones vinculadas con temas de política social contribuirá a impulsar políticas públicas que promuevan el logro de equidad y el ejercicio efectivo del desarrollo económico sostenible y de calidad para mejorar la inclusión de las personas de la Tercera edad en México, reduciendo las brechas sociales a través de programas enfocados a este sector de la población que va en aumento.

Se deben de tomar en consideración para el impulso de las casas para la atención a las personas de la tercera edad en México, el que los legisladores y gobernantes establezcan los programas de apoyo para el crecimiento empresarial, capacitación de profesionistas para la prestación de servicio de esta población, así como la creación de alianzas con aseguradoras médicas para prestar este servicio a la población extranjera que se encuentra en nuestro país.

Nuestra riqueza de interés turística es muy variada, tenemos la mayor biodiversidad del mundo y contamos con recursos culturales que asombran a millones.

1.6 Limitaciones de la Investigación

- Falta de información sobre el tema de investigación.
- La investigación se realizó en mayor medida a nivel internacional debido a la poca cultura del envejecimiento que existe en México, lo que implicó mayores recursos económicos e inversión de tiempo.
- La falta de difusión sobre las asociaciones mexicanas dirigidas a este sector de la población.
- La temporalidad de la presente investigación es de orden transversal, se inicia en Enero de 2013 y se concluye en el mes de Junio del año 2014.

Capítulo 2: Envejecimiento de la población

El propósito principal de este capítulo es conocer el proceso de envejecimiento, introducirnos en los conceptos básicos del mundo de las personas de la tercera edad y de la vejez.

La vejez como etapa de vida representa para el ser humano carga de inquietud, fatiga y a veces de angustia, el envejecimiento es un proceso que está rodeado en su mayoría de concepciones falsas, de temores, creencias y mitos, la imagen que se desprende de las mitologías y leyendas varía de cultura en cultura, de tiempo en tiempo y de lugar en lugar esto reafirma que no existe una concepción única o definitiva de la vejez.

Hay que remarcar que en épocas pasadas el estatus social de la persona de la Tercera edad se basó principalmente en su conocimiento, experiencia y era visto como portador de la Historia y de las costumbres, con el avance del tiempo se fue marginando al adulto mayor, actualmente la sociedad fundamenta su cultura en el trabajo y el consumo. No tenemos que olvidar que el sujeto envejecido tiene un pasado presente, no puede tomarse en cuenta solo la esfera individual sino también los cambios históricos que modificaron su vida.

El conocimiento de la vejez conlleva necesariamente el estudiar estos estigmas y estereotipos, las personas de edad avanzada en su mayoría desdichadamente son considerados poco importantes, estando sujetas a la pobreza y al aislamiento social principalmente por las nuevas generaciones debido a que no mostramos reconocimiento hacia ellos y no tomamos en cuenta que tienen un pasado que atesora ricas experiencias, testimonios significativos acerca de la historia de nuestro siglo.

El envejecimiento es un fenómeno universal, es un proceso de la vida del ser humano durante la cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, que implican cambios orgánicos y funcionales; es una programación genética influenciada tanto por los factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.

El proceso de envejecimiento, médicamente se inicia entre los 20 y 30 años de edad, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo empieza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo. Al envejecer se presentan “cambios en forma universal, progresiva, declinante, intrínseca e irreversible”.⁴

Sin embargo, el proceso de autorrealización implica el desarrollo o el descubrimiento del verdadero yo y de las potencialidades laterales, por lo que los adultos mayores autorrealizados son los más decididos y tienen mejor noción de lo que es adecuado y de lo que es inadecuado, se extiende a muchas áreas de la vida, poseen la capacidad de escuchar a otros y de aceptar que otros les enseñen.

El proceso de envejecimiento se ha convertido en objeto de estudio tanto en el ámbito Nacional como Internacional, pero en la comprensión de la vejez y la atención integral de los adultos mayores, se ha dificultado por la deficiencia en las labores de investigación, la falta de intercambio de la información y la escasez de contenidos de adiestramiento en Gerontología y Geriatría.

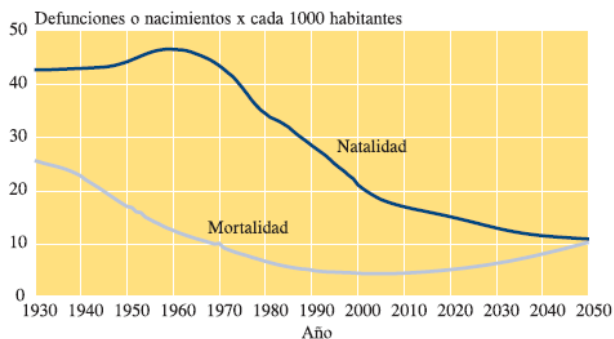
La sociedad moderna tiende a definir la vejez principalmente en términos de edad cronológica, utilizándola para establecer la demarcación entre las etapas de la vida, encerrando el concepto en términos de números y de años vividos, muchos investigadores consideran que la edad medida por niveles de funcionamiento en áreas Físicas y Psicológicas específicas; es la manera más adecuada de medir la vejez al otorgar beneficios como pensiones, apoyos en programas gubernamentales, etc.

⁴ Hernández T. Ma. Del Carmen, Guzmán V. Mariana. Antología de psicología evolutiva. México. 2002. P - 737

2.1 Dinámica y situación demográfica

El progresivo envejecimiento de la población es uno de los mayores retos que han de enfrentar los gobiernos y la sociedad. El descenso de la fecundidad (nacimientos) y la mortalidad (defunciones), así como el alargamiento de la vida media han contribuido al incremento proporcional de las personas adultas mayores. Este proceso, aunque paulatino, determina el aumento acelerado de las personas de 60 años de edad y más.

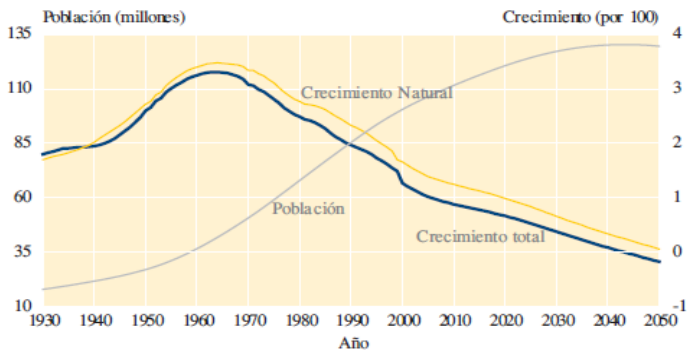
Tabla 1. Transición demográfica de México, 1930-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

El cambio en la estructura de la población por edades en nuestro país se traducirá en una serie de desafíos. El incremento de las personas adultas mayores demanda su atención en aspectos de seguridad social, salud, económicos, laborales y de educación, entre otros.

Tabla 2. Población de México y tasas de crecimiento natural y total 1930-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

México ha experimentado un proceso acelerado de transición demográfica.

La identificación de necesidades específicas en la población de 60 años de edad y más, ciertas circunstancias desestabilizadoras de la vida actual y futura como la migración, el desempleo, la violencia y la pobreza, entre otras colocan a las personas de la Tercera edad como un grupo de alto riesgo en seguridad social y económica principalmente a las mujeres por ser un grupo mayoritario al de los hombres, esto dentro de un marco de coexistencia con padecimientos crónicos, traumáticos y con necesidades de atención a alteraciones agudas y afecciones psicosociales en un grupo poblacional con limitaciones funcionales propias de su proceso de envejecimiento.

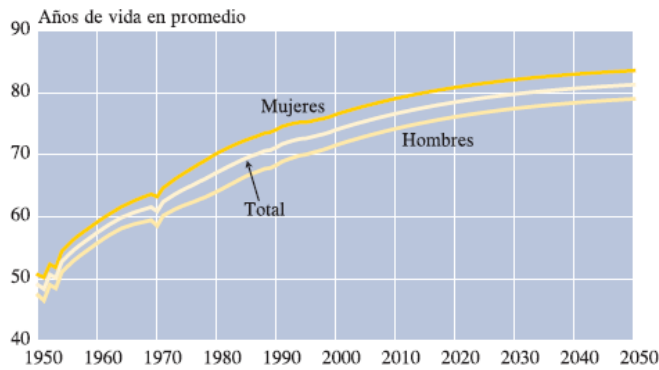
Será indispensable crear las condiciones necesarias para evitar el deterioro en la calidad de vida durante la vejez a través de la implementación de casas para la atención a personas de la Tercera edad según sus condiciones de salud, sociales y económicas.

Los cambios en los perfiles demográficos crean exigencias tangibles tanto para las familias como para los sistemas y servicios de salud.

La importancia social y económica de la vejez viene acompañada de su grado de dependencia debido al avance de la edad; sus consecuencias son inevitables, es por ello que se requieren políticas y programas que: 1) atiendan la salud, 2) garanticen la seguridad económica, 3) apoyen el ámbito familiar y 4) establezcan nuevas relaciones sociales, de acuerdo a la heterogeneidad social y económica del país.

Gracias a los avances tecnológicos, la esperanza de vida de los mexicanos se duplicó durante la segunda mitad del siglo XX, al pasar de los 36 años en 1950 a 74 años en el año 2000. Se espera que en las próximas décadas continúe su incremento hasta alcanzar 80 años en el 2050. Según estimaciones de CONAPO, la esperanza de vida de las mujeres en el 2011 es de 77.9 años y de 73.0 años para los hombres, cifras que se prevé aumenten en el 2050 a 83.6 y 79.0 años, respectivamente. Las mujeres tienden a vivir más que los hombres.

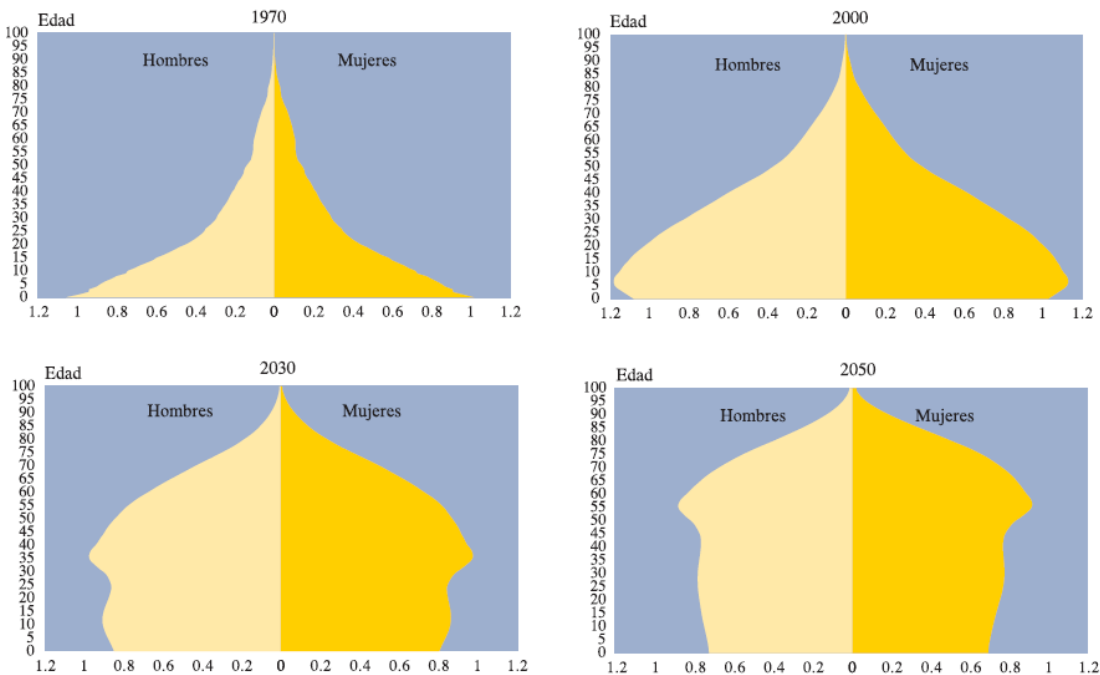
Tabla 3. Esperanza de vida al nacimiento por sexo, 1950-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

La estructura por edades en la pirámide poblacional de 1970, con una base muy amplia y una cúspide angosta da cuenta del predominio de la población infantil que caracterizó una época de alta fecundidad. En el año 2000 se observa una pirámide abultada en el centro que refleja el aumento en el número de personas jóvenes y en edad laboral así como una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños de 0 a 4 años de edad.

Tabla 4. Pirámides de población de México, 1970-2050



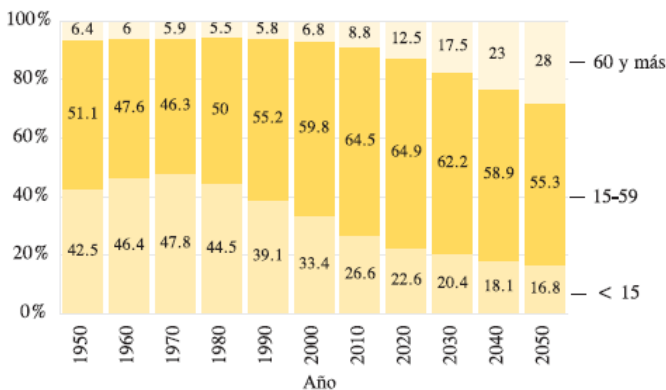
Fuente: Estimaciones del CONAPO.

La evolución de la fecundidad y de la mortalidad permite anticipar que la base de la pirámide continuará reduciéndose, por lo que la población infantil tendrá menor peso relativo y será menos numerosa. Las siguientes generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980) comenzarán a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcancen los 60 años de edad.

2.1.1 Esperanza de vida en edades mayores

Entre 2000 y 2050 la proporción de adultos mayores en México pasará de 7 a 28 por ciento. La edad representa uno de los recursos más utilizados para establecer los umbrales de transición y en consecuencia es frecuente encontrar una acotación de la vejez en función de un criterio cronológico. Sin embargo, no necesariamente existe una clara sincronía entre los cambios sociales, los cambios biológicos y la edad (Rodríguez 1994).

Tabla 5. Distribución de la población de México por grupos de edad, 1950-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

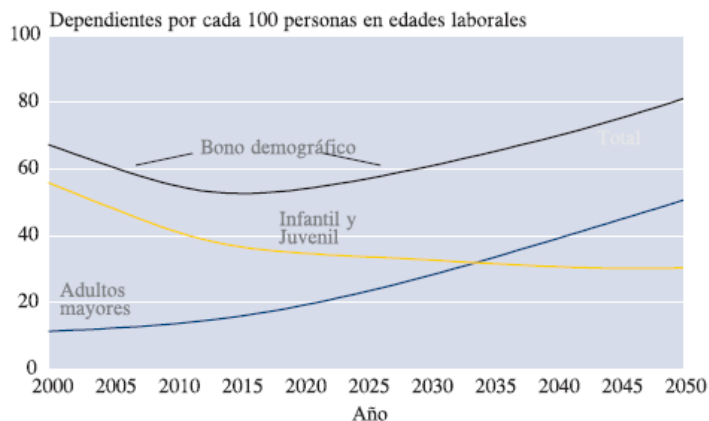
La edad, como construcción humana para medir el paso del tiempo, se ha convertido en una unidad en la que poder situar acontecimientos relevantes en la vida de los individuos. Cada trayectoria vital se compone de sucesos vitales (nacer, reproducirse, morir), sociales (escolarización, matrimonio, etc.), biológicos (crecimiento, desarrollo de funciones vitales), etc., que configuran la biografía de cada individuo. La edad cumple la función de variable de segmentación para clasificar etapas vitales que como la infancia, juventud, madurez y vejez, están normativamente institucionalizadas y reguladas por

critérios de índole más sociológica que biológica (Gil Calvo, 1992) al adscribirles status y roles diferentes (Neugarten, Hagestad, 1976).

2.1.2 Evolución esperanzada de la población envejecida

En los próximos 40 años, la situación demográfica del país ofrecerá una ventana de oportunidad, en la cual el sector activo laboralmente crecerá con mayor rapidez que los sectores dependientes, solo las inversiones en salud y sociales adecuadas harán posible una longevidad sana y activa que signifique una menor carga económica para las generaciones del futuro. Como parte de esta planificación tenemos que proponer políticas, legislar y crear programas para que las personas mayores reciban lo necesario para su bienestar biopsicosocial.

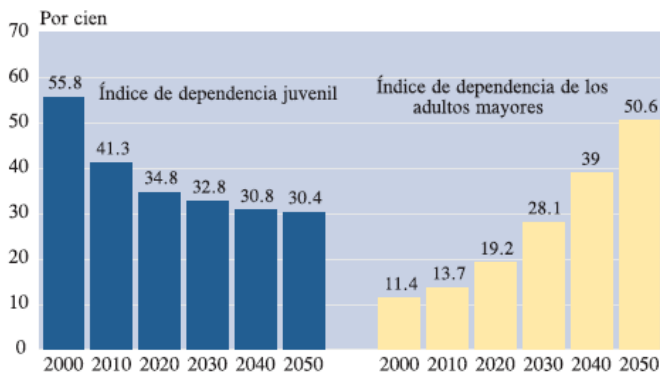
Tabla 6. Índice de dependencia, 2000-2050



Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

Durante el periodo 2005-2030, el índice de dependencia total será menor a 60 personas en edades dependientes por cada cien en edad laboral.

Tabla 7. Índice de dependencia juvenil y adultos mayores, 2000-2050



Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

Las sociedades están sujetas a transformaciones dinámicas constantes, determinadas por condiciones socioeconómicas, políticas, ideológicas y culturales. El avance científico y tecnológico produce una dualidad de expresiones: por un lado, mejoría en las condiciones de vida de las poblaciones con incremento en los niveles de educación, acceso a los servicios públicos y de salud; por otro, disminución de los índices de fecundidad, natalidad, morbilidad y mortalidad.

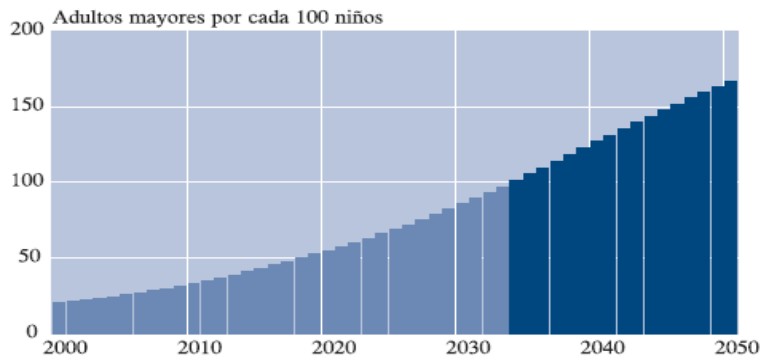
2.1.3 Índice de envejecimiento

México se transformará paulatinamente en un país con más viejos que niños.

En el 2000 había 20.5 adultos por cada 100 niños, este índice se incrementará paulatinamente en el presente siglo. Se espera que el número de adultos mayores sea igual al de niños alrededor del año 2034 y que el índice alcance una razón de 166.5 adultos mayores por cada 100 niños en el 2050.

Tabla 8.

Índice de envejecimiento de la población en México, 2000-2050



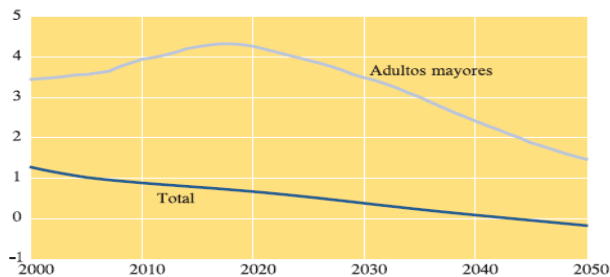
* Nota: el cambio, de izquierda a derecha, en el color de las barras indica que la razón es favorable a los adultos mayores.
Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

La población adulta mayor incrementa su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país. A mediados del presente siglo habrá poco más de 36 millones de personas adultas mayores de las cuales más de la mitad tendrán más de 70 años.

En la edad avanzada, el deceso en hombres es mayor que en las mujeres. Este comportamiento es característico del proceso de envejecimiento en todos los países, pero es más pronunciado en los países desarrollados, ya que en ellos las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres es de 5.78 años.

Cabe destacar que 72 por ciento de este incremento ocurrirá a partir de 2020, lo que brinda al país apenas dos décadas para preparar las condiciones que permitan encarar adecuadamente este proceso.

Tabla 9. Tasas de crecimiento de la población total y de los adultos mayores de México, 2000-2050

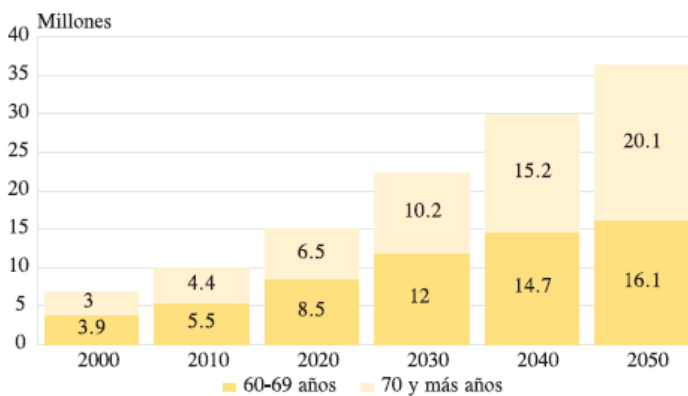


Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

2.2 Proceso de envejecimiento de la población en México

Durante el siglo XX la población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes ha sido la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país, que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende a disminuir.

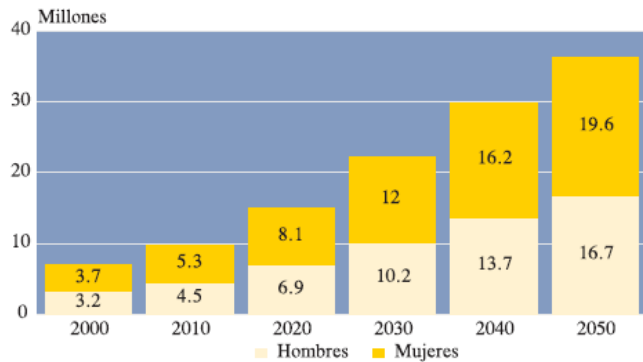
Tabla 10. Población de adultos mayores de México, 2000-2050



Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

En la actualidad, de acuerdo con los resultados del último recuento censal, en el país residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo tramo de edad. La vejez tiene un rostro mayoritariamente femenino.

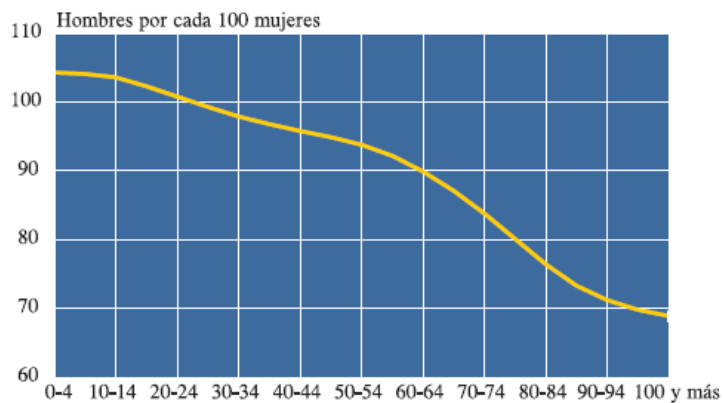
Tabla 11. Población de adultos mayores según sexo, 2000-2050



Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

Si bien nacen más hombres que mujeres, la mayor mortalidad masculina propicia que el número de hombres y mujeres se iguale a determinada edad. Debido a esta dinámica, de los 6.9 millones de adultos mayores que tenía el país en el año 2000, 3.2 millones eran hombres y 3.7 millones mujeres.

Tabla 12. Índice de masculinidad, 2000



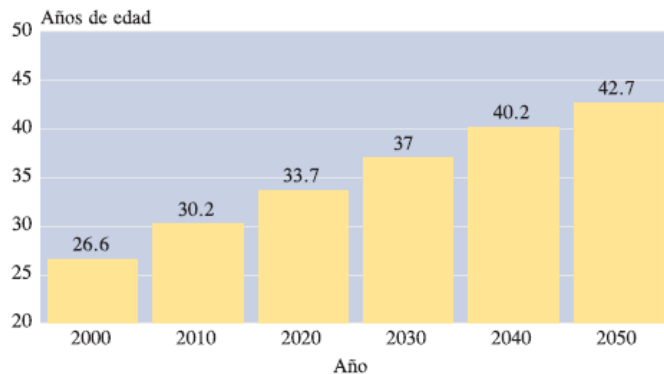
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

La edad media de los mexicanos pasará de 27 años en 2000 a 43 años en 2050.

Este fenómeno implicará una profunda transformación en el espectro de demandas sociales, así como la reestructuración y reorganización de muchas de nuestras instituciones, las cuales deberán responder a las necesidades sociales de empleo, vivienda, educación y salud asociadas a una estructura por edad que dejó de ser

predominantemente joven para transitar muy rápidamente a etapas de pleno envejecimiento.

Tabla 13. Edad media de la población en México, 2000-2050



Fuente: CONAPO, Proyecciones de Población 2000-2050.

La toma de conciencia de la vejez se produce cuando estos cambios afectan al desarrollo de la vida cotidiana.

2.2.1 Cambios en la mortalidad

La reducción en los niveles de la mortalidad es uno de los logros sociales más importantes del México contemporáneo, que fue posible por la expansión de la cobertura de los programas y servicios de salud en el país, con lo que se logró incrementar el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, así como en enfermedades respiratorias, y con ello una ganancia en la expectativa de vida de todos los grupos de edad, pero particularmente en niños y ancianos (Cárdenas, 1998).

En 1930 morían 156 niños por cada mil que nacían, mientras que en 1990 esa cifra se redujo a 40 y a 31 en el año 2000. En 1930 los hombres vivían en promedio 33 años y las mujeres 35 años. La esperanza de vida al nacer aumentó a 59 años para hombres y a 63 años para mujeres en 1970, y alcanzan valores en promedio de 72 y 77 años, respectivamente para el año 2000.

Por su parte, entre 1930 y 2000 la expectativa de vida de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres (CONAPO), con lo cual en la actualidad se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad llegue a vivir hasta los 80 años.

2.2.2 Cambios en la fecundidad

El descenso de la fecundidad ha sido el principal determinante de la reducción del crecimiento de la población del país a partir de los años setenta.

Entre 1970 y 1990 la tasa global de fecundidad se redujo a la mitad (promedio de 6.8 hijos por mujer a 3.4). En el año 1999, según resultados censales, se estima que la fecundidad es de alrededor de 2.9 hijos por mujer.

Dicha caída de la fecundidad significó un proceso gradual de estrechamiento de la base de la pirámide de población y el desplazamiento de generaciones numerosas hacia los grupos de edad centrales, es decir, hacia las edades comprendidas entre los 15 y 59 años.

De esta manera, pese a que la población menor de 15 años se incrementó en 46.2% entre 1970 y 2000 (de 22.3 a 32.6 millones de personas), esa misma población disminuyó su importancia relativa respecto de la población total, de 46.2 a 33.4 por ciento. En tanto, el grupo de 15 a 59 años aumentó su monto en 2.4 veces, al pasar de 23.2 millones de personas en 1970 a 55.9 millones en el año 2000.

Estas transformaciones se relacionan con la aceleración del proceso de urbanización experimentado en el país, con el aumento en la escolaridad, con los cambios en la organización doméstica, con la mejora en el acceso a los servicios de salud, en particular los de salud reproductiva, y con la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

Estos factores influyeron sobre las pautas conyugales y en las prácticas anticonceptivas. Así, entre 1976 y 1995 los patrones matrimoniales determinaban en mayor medida la fecundidad del país, mientras que a partir de la década de los ochenta

el descenso de la fecundidad se ha asociado principalmente con la utilización de métodos anticonceptivos (Mendoza, 1998).

En 1976, únicamente 30% de las mujeres casadas o unidas en edad fértil practicaban la anticoncepción, mientras que en 1997, el 68% de las mujeres unidas eran usuarias de algún método contraceptivo, 15% eran ex usuarias, y sólo 16% de estas mujeres nunca los habían usado.

2.2.3 Cambios en la migración

La migración es, junto con la fecundidad y la mortalidad, una variable que determina el ritmo de crecimiento, la estructura de la población y la forma en que ésta se distribuye en el territorio. El cambio de lugar de residencia es selectivo según la edad, lo que propicia que tanto la población de origen como la de destino experimenten modificaciones en su estructura.

En México, la migración constituye uno de los fenómenos más dinámicos, y que ha sufrido las mayores transformaciones en el periodo más reciente, lo que se constata con el incremento en la cantidad de personas que participan en las corrientes migratorias (Corona, 1990), con la aparición de nuevos flujos migratorios (donde los principales ya no se dirigen hacia las grandes ciudades, sino a ciudades intermedias), y el perfil sociodemográfico de la población que migra se ha diversificado.

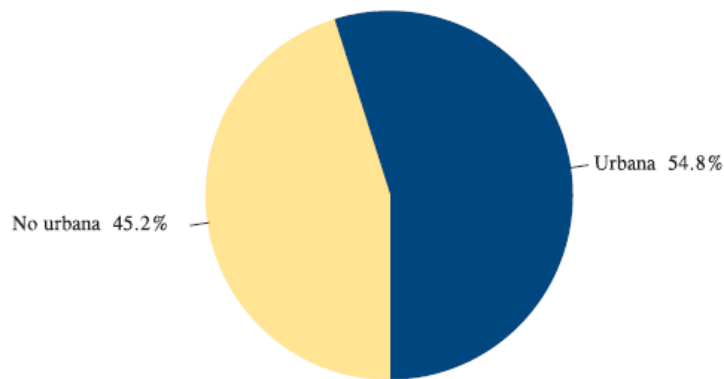
La mayoría de los adultos mayores vive en el medio urbano; pero la población de las localidades no urbanas está más envejecida.

Las cifras de 1970 a 2000 muestran que el porcentaje de población que vive en una entidad distinta de donde nació se ha incrementado de 14.5% en 1970 a 18.9% en el año 2000. En esta población se observa un ligero predominio de la población femenina, alrededor de 107 mujeres por cada 100 hombres.

Cabe señalar que en el contexto nacional la población de 5 años o más que cambió de entidad de residencia entre 1995 y el año 2000 ascendió a 3.9 millones de personas, cifra que equivale a 4.6% de la población total de 5 años o más en el último año.

La migración, tanto interna como internacional, se concentra en las edades de la adolescencia y adultas jóvenes; etapas en las cuales, en términos generales, los individuos se independizan del hogar paterno para formar el suyo; se insertan a la actividad económica, e inician su vida en pareja.

Tabla 14. Distribución de los adultos mayores por tipo de localidad, 2000



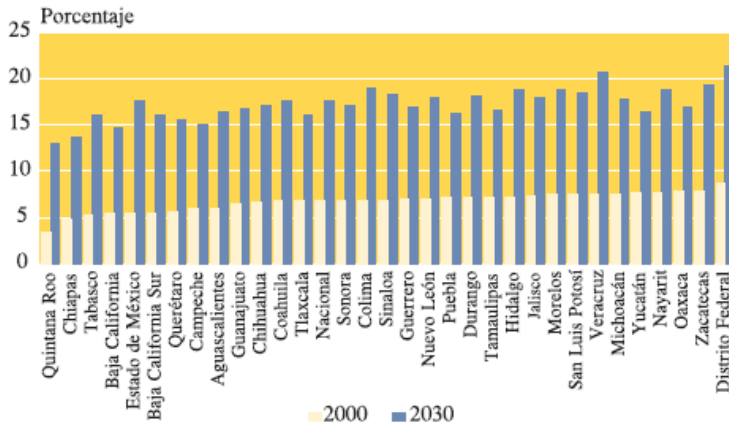
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

En muchos casos desplazan la residencia acompañados por su pareja e hijos pequeños en busca de mejores oportunidades de empleo, o bien, se cambian para continuar con su educación formal. De acuerdo con la muestra censal, en el 2000 el 22.3% de la población que cambió de entidad de residencia entre 1995 y 2000 tenía de 5 a 14 años de edad, y 43.1% entre 15 y 29 años.

La cuarta parte del total de población migrante contestó que había mudado su residencia para buscar o cambiar trabajo; otra cuarta parte lo hizo para reunirse con la familia o casarse y sólo 4 de cada 100 se mudaron para estudiar.

Todas las entidades federativas del país experimentaron el envejecimiento de su población, aunque con ritmos distintos.

Tabla 15. Proporción que los adultos mayores representan del total, según tipo de entidad federativa, 2000-2030



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

En la medida que avanza el proceso de envejecimiento se harán más pronunciadas las diferencias entre entidades federativas. Sin embargo, en 2030 sólo tres entidades tendrán una proporción de adultos mayores menor a quince por ciento, y en dos entidades —Veracruz y Distrito Federal— el porcentaje será superior a 20.

2.2.4. Envejecimiento y urbanización

México atraviesa por un intenso proceso de urbanización que tuvo su origen en el impulso del Estado a la industrialización en el lapso de 1940 a 1970 y que dio lugar a una fuerte migración interna en el país en ese periodo, la secuela de este cambio todavía se aprecia en la estructura por edad de los 18.3 millones de personas que en el 2000 residían en una entidad distinta de donde nacieron, donde 11% de los migrantes tienen 60 años o más. En este mismo sentido destaca que 28.3% de la población de 60 años o más vive fuera de su lugar de nacimiento.

El efecto que ha tenido la migración en la estructura por edad de la población también se advierte en un envejecimiento relativo de las localidades rurales, las cuales son origen de cuantiosos contingentes de población que se desplazan de sus comunidades principalmente en búsqueda de actividades económicas más rentables y con mayores remuneraciones a la mano de obra.

La pérdida de población en edades productivas combinada con los patrones de fecundidad y mortalidad prevaecientes en las localidades con menos de 2 500 habitantes propicia que en éstas por cada 100 residentes en edades productivas (de 15 a 59 años) existan alrededor de 16 adultos de 60 años o más; en contraste, en las ciudades de 100 mil habitantes o más esta razón es de casi 11 por cada 100.

México es territorio de destino y tránsito de la migración internacional, al compartir una de las fronteras más amplias y dinámicas del mundo con el vecino país del norte. Además, es país de origen de cuantiosos flujos migratorios hacia Estados Unidos de América (EUA). De acuerdo con las cifras del censo norteamericano, hasta 1960 vivían en Estados Unidos 332 mil mexicanos, alcanzando en 1970 un total de 572 mil. Este ligero crecimiento entre 1960 y 1970 indica que la emigración internacional hacia ese país era fundamentalmente de carácter temporal, es decir, los trabajadores acudían por temporadas a laborar en la agricultura y la industria norteamericana para después retornar a su país de origen.

Sin embargo, a partir de 1970, y más claramente en el inicio de la década de los ochenta, la emigración mexicana empieza a ser en mayor medida definitiva. Así, se observa que para finales de 1980 la población de mexicanos que residían en aquel país alcanzó 1.6 millones de personas, tres veces más que la que había en 1970.

Se puede decir que a partir de 1980 la migración mexicana a EUA entra en una fase de acelerado crecimiento, pues la población mexicana residente (con o sin documentos legales) alcanzó las cifras históricas de 4 millones en el periodo 1991-2000 y en este momento se registran 9.3 millones.

La diferencia entre la población mexicana que había al inicio de la década de los noventa y el año 2000 es de 5 millones, lo que significa que anualmente alrededor de 500 mil mexicanos emigraron definitivamente a Estados Unidos, entre esos años.

La emigración internacional acumulada de 9.3 millones de mexicanos representa alrededor de 9.6% de la población de México en el año 2000, y ocupa el segundo lugar en cuanto al número de habitantes después del estado de México.

En virtud de que la emigración mexicana a Estados Unidos es principalmente de carácter laboral (aunque no es la única razón de este histórico flujo migratorio) se tiene que entre la población emigrante predomina la población de edades más productivas, es decir, los de 15 a 45 años (31.7 por ciento).

Cada vez es más frecuente entre los autores que escriben sobre el envejecimiento la idea de que la vejez es un concepto construido socialmente. Esta consideración implica, como se ha hecho anteriormente, que la vejez es un concepto dotado de una “dimensión histórica” que debe ser analizada en cada contexto en particular para entender el significado que cada sociedad atribuye al hecho de “ser mayor” o “envejecer”.

Las imágenes sociales y los estereotipos que circulan en torno a la vejez tienden a vincularla con la soledad, la pobreza, la tristeza, la enfermedad, el abandono, etc., haciendo referencia, por extensión, a un conjunto de población que se caracteriza precisamente por su riqueza y diversidad social. Las personas mayores han sido elevadas a una “categoría social” que con frecuencia diluye sus diferencias internas y pasa por alto la existencia de hombres y mujeres con diferentes edades y situaciones sociales, niveles de ingresos, formas de convivencia, disposición y calidad de sus viviendas, redes familiares, localización, ideologías, culturas, etc., que en definitiva se traduce en una composición social heterogénea (Sánchez Vera, 1996).

Este concepto de “vejez”, se ha ido llenando de significado a partir de sucesos relevantes que en unos casos constituyen umbrales o ritos de paso que marcan el inicio de una nueva etapa vital y en otros casos son circunstancias que contribuyen a su caracterización: fragilidad, soledad, viudedad, enfermedad, etc. Ambos confieren un estatus y un papel social para las personas mayores que a efectos prácticos necesita ser cuestionado para entender la vejez y el envejecimiento en términos de variedad y riqueza social. Quizá el aspecto más significativo sea que ni si quiera hombres y mujeres construyen su “vejez” de la misma forma, ya que en cada uno de ellos intervienen “*sucesos evolutivos*” diferentes.

Este enfoque tiene un marcado carácter propositivo y se interesa por un conjunto de servicios de apoyo (salud, asistencia doméstica y modificaciones en la vivienda) orientados a contrarrestar el deterioro de la autonomía residencial de las personas de la tercera edad, mientras se respeta la permanencia en el propio hogar como preferencia y opción mayoritaria.

A través de las políticas gerontológicas se trata de incidir sobre las necesidades generadas por los cambios que acompañan al proceso de envejecimiento en la vida cotidiana de las personas mayores. La multi dimensionalidad de dichos cambios configura un complejo agregado de necesidades que obligan a estas políticas a compartir, intereses y compromisos de carácter económico, social, familiar, residencial, etc., con otras políticas. Anteriormente se expuso en el carácter heterogéneo, imbricado y cambiante de las necesidades en relación a dimensiones como la salud, la vivienda, la familia o recursos económicos.

Aunque las experiencias de cada país se configuran en contextos diferentes en cuanto a niveles de envejecimiento, modelos residenciales, estructuras sanitarias y asistenciales, sistemas de provisión de bienestar, recursos económicos disponibles, etc., es posible entrever elementos comunes que merecen la pena sean retomados.

Las políticas de "envejecimiento en la comunidad" son quizá las que mayor actualidad tienen entre profesionales, planificadores e investigadores relacionados con la gerontología. La expresión "envejecimiento en la comunidad", o también "envejecimiento en el entorno" se utiliza para hacer referencia al escenario en el que se desea apoyar el proceso de envejecimiento de las personas de la Tercera edad, ya sea en su propia vivienda, comunidad o entorno.

Uno de los aspectos más populares del concepto de envejecimiento en la comunidad es su pretensión de evitar, siempre que sea posible, la institucionalización inapropiada de personas mayores en centros geriátricos o residencias, sin que esto deba suponer el traslado de la atención institucional a los domicilios.

Para lograrlo, se estima necesario trabajar en el desarrollo de alternativas que desde la comunidad apoyen la independencia las personas mayores en sus propios domicilios o en medios residenciales diferentes a los asilos, garantizando el nivel de asistencia que precisen sus necesidades y una calidad de vida socialmente aceptable.

2.2.5 Cambios en la estructura por edad y sexo

En el periodo comprendido entre 1970 y 2000 la población en su conjunto se incrementó a una tasa de 2.4% promedio anual, mientras que la del grupo de edad de 60 años o más fue de 3.2 por ciento. Este mayor ritmo de crecimiento propició que los adultos mayores aumentaran su presencia tanto en términos absolutos como relativos: en 1970 este grupo contaba con 2.7 millones de individuos, para el año 2000 aumentó a casi 6.9 millones de personas, con lo que la proporción de adultos mayores pasó de 5.6% a 7.1% en ese lapso.

Según las previsiones del Consejo Nacional de Población se espera que para el año 2025 la proporción de personas de 60 años o más sea cerca de 15% y para el 2050 de alrededor de 28% (CONAPO, 2002).

Estos cambios no se dan de forma homogénea entre los sexos, la sobre mortalidad masculina derivada de la conjunción de diversos factores biológicos y culturales produce una feminización de la población que se acentúa con el proceso de envejecimiento demográfico.

Entre la población de 60 años o más hay 88 hombres por cada 100 mujeres. Esta relación es más marcada conforme aumenta la edad; así, en el grupo de población de 60 a 64 años se cuentan 91 hombres por cada 100 mujeres, mientras que para el grupo de 85 años o más la relación es de 74 por cada cien.

Las personas adultas mayores demandan un mayor consumo de bienes y servicios en función de sus necesidades, esto deberá sostenerse por el trabajo de los sectores

productivos de la población. Este grupo poblacional muestra una gran heterogeneidad socioeconómica, acompañada de sus propias manifestaciones de desigualdad.

Uno de los derechos fundamentales de los hombres y mujeres adultos mayores es gozar de una vejez digna. Una forma de identificar la presencia de condiciones que favorecen el desarrollo pleno de capacidades y opciones es el índice de desarrollo social, el cual se mide por lo que ofrecen las regiones y municipios del país.

La salud integral de las personas adultas mayores está directamente relacionada con su calidad de vida. Uno de los pilares fundamentales para favorecer el envejecimiento saludable es el autocuidado, el cual debe incluir hábitos de salud física, emocional, espiritual y mental. La autopercepción del estado de salud ha demostrado su valor a través de los años como indicador fiable de la misma, esto nos proporciona una estimación del nivel de salud de las personas adultas mayores en nuestro medio. Por otra parte, quienes están satisfechos con la vida gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás.

En los últimos 20 años la salud de las personas en edad media y avanzada en México se encuentran afectadas por una interacción poco usual entre enfermedades crónicas actuales y los efectos residuales de enfermedades infecciosas durante la niñez, estas enfermedades han disminuido en el grupo de las personas adultas mayores, mientras que las muertes por padecimientos crónico degenerativos, han aumentado, tendencia que se va a acentuar en el futuro, por lo que los costos de atención a la salud de este grupo poblacional se van a incrementar.

La salud, su cultivo, su deterioro o su pérdida están ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos y consecuentemente al espacio en el que viven los individuos y las comunidades.

Esto requiere de medidas preventivas como la educación para una buena salud que ayude a evitar complicaciones de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus,

digestivas y respiratorias, que son la principal causa de muerte en las personas adultas mayores, así como una rehabilitación oportuna.

2.2.6 Relación de dependencia demográfica

Los cambios en la dinámica demográfica del país entre 1970 y 2000 han propiciado que el ritmo de crecimiento de la población más joven se reduzca de manera sustancial; así, entre 1970 y 1990 su volumen aumentó a razón de 1.7% medio anual, mientras que en la última década creció sólo 0.5 por ciento. Por su parte, el conjunto de personas en edad joven, de 15 a 29 años, registró entre 1970 y 1990 una tasa de crecimiento de 3.3%, mientras que en la siguiente década se redujo a menos de la mitad (1.3%), es decir, medio punto porcentual menos que el de la población en su conjunto.

En otro sentido, el grupo de adultos de entre 30 y 59 años ha sido el que ha registrado el crecimiento relativo más alto y uniforme en estos treinta años, de tal suerte que en el periodo creció a una tasa de 3.3% medio anual. Todos estos cambios se reflejan de manera resumida en el indicador denominado relación de dependencia demográfica. Para el diccionario de la Real Academia Española dependencia es la “situación de una persona que no puede valerse por sí misma”; en términos demográficos esta situación está vinculada con la edad, es decir, se considera demográficamente dependientes a los menores de 15 años y los de 60 años o más.

La dependencia demográfica parte del supuesto de que los más jóvenes y los ancianos no son “autónomos económicamente” y por ello son dependientes de las personas, que, se supone, deben sostenerlas con su actividad. Los límites de edad establecidos previamente son convencionales, y no respetan necesariamente la realidad.

El significado de la dependencia varía en función de la perspectiva analítica o la disciplina desde la cual sea abordada. La demografía o la economía hacen referencia a la dependencia para poner en relación las magnitudes que representan a los grupos “dependientes” social y económicamente (niños y las personas mayores) de aquellos que se encuentran en edad laboral o productiva. No obstante, el concepto que planteo

se encuentra más relacionado con la terminología específica de campos que como la geriatría o la gerontología utilizan para referirse a aquellas situaciones en las cuales las personas encuentran dificultades, limitaciones o imposibilidad para la realización de ciertas actividades básicas de la vida cotidiana (AVD), como consecuencia de pérdidas en las capacidades físicas, psíquicas o intelectuales y necesitan de una ayuda (o dependen de una ayuda externa) para su resolución.

En realidad la dependencia en este contexto significa una pérdida de la autonomía para seguir realizando las AVD, y por tanto, la salud constituye uno de los factores que condicionan más directamente la capacidad para desarrollar estas tareas. Aunque como señala Rodríguez (1998) dependencia y pérdida de la autonomía no son términos intercambiables ya que, una persona puede ser independiente para la realización de las AVD y carecer de autonomía en la toma de algunas decisiones que vienen impuestas por familiares u otras personas.

Estas actividades de las que hablamos (AVD), se concretan en tareas cotidianas básicas como levantarse, acostarse, aseo diario, ducha/baño, vestirse/desvestirse, alimentarse, atención de incontinencia y deambulación. Existen otro tipo de actividades cotidianas, definidas como instrumentales y que hacen referencia a la capacidad para cocinar, limpieza básica del domicilio, hacer la cama, lavar, hacer la compra, medicación, manejar el dinero, desplazarse por la calle, uso del transporte, realización de gestiones, etc. Todas ellas han dado lugar a diferentes escalas que tratan de medir la capacidad de autovalimiento.

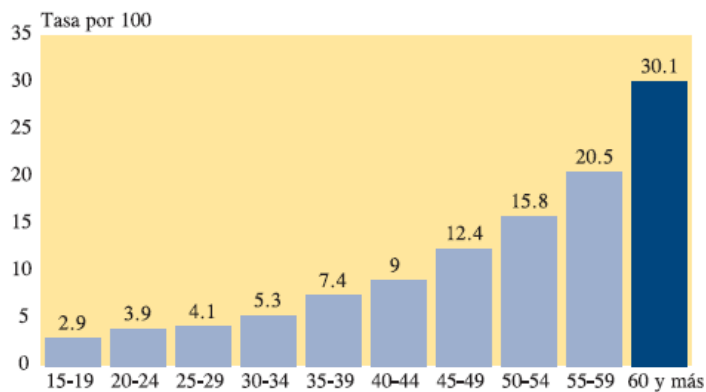
En los lugares cuya actividad económica es predominantemente agrícola, por ejemplo, se empieza a trabajar de niño y se termina sólo con el declive de la fuerza física en la edad avanzada, mientras que en las áreas urbanas son frecuentes quienes incluso en edad laboral, dependen de otros por estar desocupados, estudiando o recibiendo pensiones.

En las personas adultas mayores se refleja el proceso de urbanización que vivió México en el siglo pasado.

La educación impacta en la calidad de vida de la población, y las personas adultas mayores no son la excepción. En México se han logrado incrementos sustantivos en el nivel educativo de la población, las personas adultas mayores son depositarios de los rezagos acumulados por décadas, lo que los ubica en una situación de desventaja con respecto a otros grupos de edades.

Una tercera parte de los adultos mayores no sabe leer ni escribir. Quienes enfrentan la vejez con un nivel de instrucción adecuado poseen más herramientas para responder activamente y adaptarse a los retos y oportunidades de esta etapa del curso de vida.

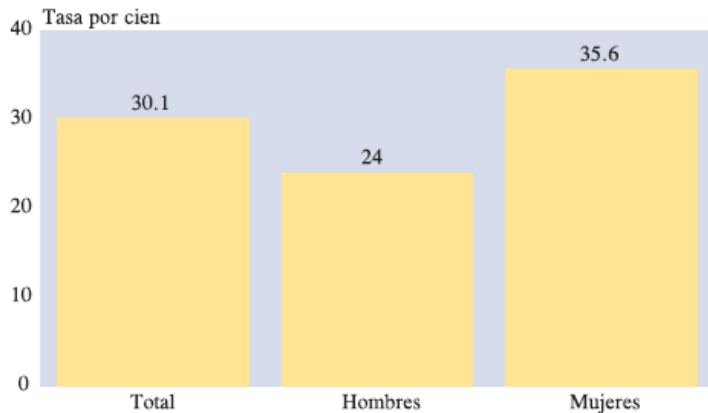
Tabla 16. Tasa de analfabetismo por grupo de edad, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

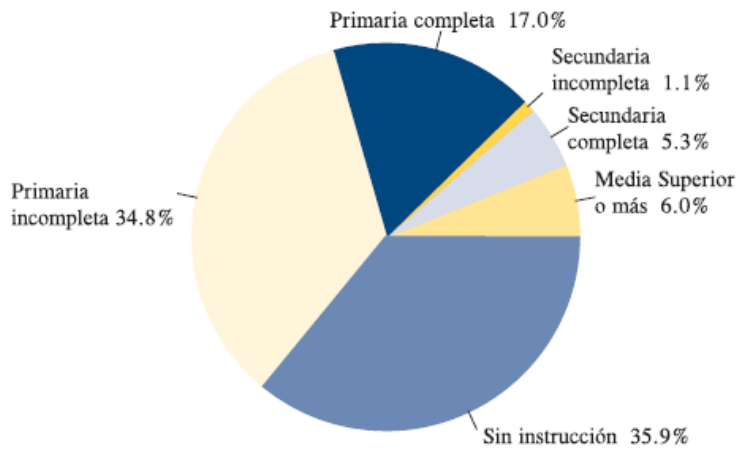
Las inequidades de género en el analfabetismo son mayores entre las personas de la Tercera edad.

Tabla 17. Tasa de analfabetismo entre los adultos mayores por sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

Tabla 18. Distribución porcentual de los adultos mayores por nivel educativo, 2000



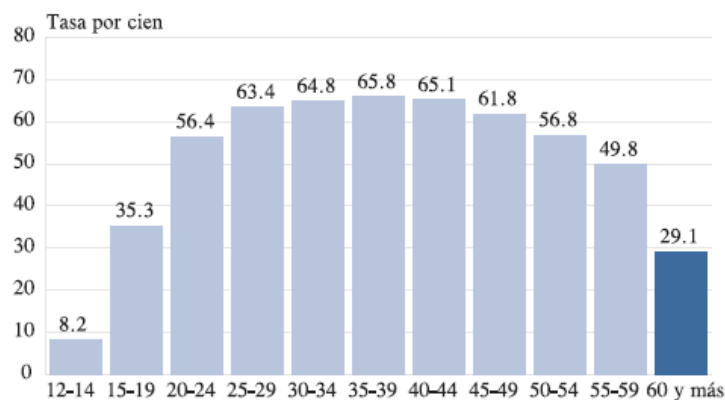
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

La situación económica ha sido utilizado un indicador social relevante por su influencia sobre la salud, la calidad de vida y capacidad de vida independiente en la población anciana (Rodríguez, 1994). La situación económica de los hogares de las personas mayores no solamente depende de sus ingresos, derivados de pensiones de jubilación y rentas similares, sino que debería ser evaluada en función de la capacidad para el patrimonio y las inversiones son elementos económicos relevantes, pero es muy difícil

valorar su capitalización o uso cotidiano. La realidad, y la opinión de algunos especialistas consultados, apuntan que los elementos diferentes a rentas o ingresos corrientes, tienden a no utilizarse con el fin de poder transmitirlos vía herencia, o en su caso a emplearlos ante situaciones críticas para garantizarse cuidado o apoyo. La vivienda es considerada como un bien patrimonial, por tanto capitalizable, pero este sentido únicamente es válido para aquellos hogares que disponen de una vivienda en propiedad, especialmente para aquellos que la tienen completamente pagada. Las situaciones de alquiler, en el caso de los hogares de personas mayores, no suelen ser beneficiosos para su situación económica ya que a los gastos derivados de mantenimiento y uso de la vivienda, y de aquellos gastos ordinarios, hay que añadir una partida extra destinada a sufragar el coste mensual del alquiler.

Alrededor de una tercera parte de los adultos mayores aun trabaja, a diferencia de los que ocurre en los países industrializados en México el 65 por ciento de los hombre de 60 a 64 años de edad permanece económicamente activo, debido a la baja cobertura de los sistemas de pensiones entre las personas de la Tercera edad, que obstaculizan la institucionalización del retiro al no ofrecer una fuente de ingresos alternativa al trabajo.

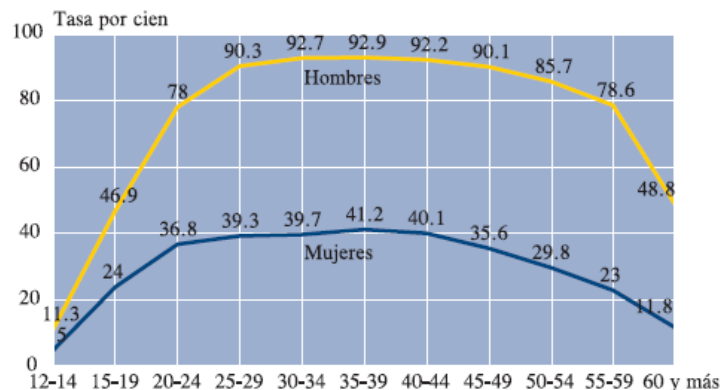
Tabla 19. Tasa de participación económica por grupo de edad, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

A pesar del incremento en las tasa de participación laboral de las mujeres, sus niveles de participación son aun menores a los de los hombres en todos los grupos de edades.

Tabla 20. Tasa de participación económica por grupo de edad y sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

2.2.7 Situación conyugal

La nupcialidad no es un fenómeno que influya directamente en la dinámica y en la estructura por edad de la población; no obstante, su estrecha relación con la fecundidad, en el proceso de formación y disolución de la familia y el fenómeno selectivo y no casual del encuentro y la selección del cónyuge hacen que el análisis de la situación conyugal sea importante en el estudio de las poblaciones y en particular en el estudio de la condición de las personas de la Tercera edad.

En México las costumbres relativas al matrimonio obedecen en gran medida a las normas del matrimonio cristiano. Este modelo postula la libre elección del cónyuge, la monogamia y la indisolubilidad (Quilodrán, 2001); sin embargo, además de la muerte de algunos de los cónyuges, los ordenamientos civiles establecen dos tipos de disolución conyugal: la disolución jurídica del vínculo matrimonial o divorcio y la nulidad.

Además del matrimonio, civil o religioso, existe otro tipo de unión donde las personas se unen sin una sanción civil o religiosa que formalice el inicio y permanencia de la vida en pareja.

En el país los participantes en uniones consensuales cuentan con el respaldo de las leyes civiles, de tal manera que se les confieren derechos y obligaciones después de algún tiempo de vida en común.

Las tendencias seguidas por la unión y la disolución conyugal influyen en las trayectorias de vida de cónyuges e hijos, lo cual da lugar a formas de vida más complejas y a una gama de arreglos familiares muy amplia entre las que destaca la formación de familias reconstruidas, es decir, formadas por personas separadas o divorciadas con o sin hijos.

Según el censo de 2000, en México de cada 100 personas de 12 años o más 37 son solteras. No está de más mencionar que la proporción se ve afectada por el alto porcentaje de jóvenes que aún no han iniciado su vida en pareja, de tal manera que de cada 100 individuos de entre 12 y 29 años 66 permanecen solteros, 32 cuentan con una pareja y sólo 2 disolvieron su unión por separación, divorcio o viudez.

La mayoría de las personas cuya edad está comprendida entre los 30 y 59 años se encuentran con pareja (80.7%), solamente 1 de cada 10 se encuentra en la soltería y otro tanto es separado, divorciado o viudo.

Para el grupo de los adultos mayores la proporción de solteros disminuye aún más, ya que solamente alrededor de 1 de cada 20 no se ha unido, lo que a este individuo lo convierte en un fuerte candidato a célibe permanente.

Para el grupo de jóvenes se nota una diferencia con respecto al sexo, por un lado se tiene que 3 de cada 10 hombres se han unido al menos una vez antes de los 30 años de edad y por otro se observa que para las mismas edades 4 de cada 10 mujeres han abandonado la soltería.

La diferencia se compensa en las edades medias donde la proporción de solteros se empareja a uno de cada 10 para cada sexo. Esta compensación se relaciona

directamente con la diferencia de edades que existe entre los cónyuges, donde en la mayoría de los casos la mujer es más joven.

Así como las mujeres son quienes se unen a más temprana edad, también son ellas las que muestran el mayor porcentaje de separadas y divorciadas para el conjunto de las personas cuya edad está comprendida entre los 30 y 59 años; esto se refleja en que 8 de cada 100 se encuentran en la situación de disolución de la relación de pareja por una causa no relacionada con la mortalidad de alguno de los cónyuges, mientras que en los hombres apenas alcanza la cifra de 3 de cada 100.

Lo anterior se debe, entre otras cosas, a que después de terminar una relación de pareja, por muerte o no de uno de los cónyuges, los hombres inician nuevas uniones en mayor medida que las mujeres. Otra diferencia es la situación de viudez, ya que dentro de este grupo apenas alcanza un punto porcentual para los hombres mientras que en las mujeres es 5 veces mayor, esto a consecuencia, principalmente, de la sobremortalidad masculina.

Para el grupo de los adultos mayores la proporción de personas viudas alcanza a 3 de cada 10, aunque esta situación, nuevamente, tiene grandes diferencias con respecto al sexo, de cada 100 hombres de 60 años o más 14 se declaran como viudos, mientras que para el mismo número de mujeres 41 manifiestan la misma condición.

La condición de solteros entre la población de 60 años o más observa diferencias por sexo que no son despreciables, mientras que para los hombres la proporción de célibes es de 1 de cada 20, en las mujeres es 41.7% mayor, es decir, 7 de cada 100 adultas mayores no han tenido una vida en pareja, situación que es poco probable que cambie, entre otras razones por la menor presencia de hombres sin pareja que se encuentre en el mismo tramo de vida, debido, entre otras cosas, a la sobremortalidad masculina.

Cabe mencionar que la proporción de adultas mayores solteras aumenta casi medio punto porcentual conforme se incrementa la edad, mientras que de las del grupo de 60 a 64 años se tiene 6.9% en esta situación para las de 85 años o más se alcanza el 7.3

por ciento. Es de destacarse que en el grupo de personas de 85 años o más 4 de cada 10 hombres están en la situación de viudez mientras que para las mujeres esta proporción se incrementa a tres de cada cuatro.

Es necesario pasar de la competencia a la solidaridad entre los grupos en edad de trabajar, y eliminar los obstáculos para el empleo que enfrentan las personas adultas mayores.

El cuidado de la vejez recae principalmente en la familia y especialmente en las mujeres, pero su capacidad de hacerlo está cambiando. Los efectos de la acelerada transición demográfica se han hecho sentir en la disponibilidad de los recursos familiares de apoyo al reducirse el número de hijos y sus edades. Factores como la transformación de la familia, la inserción de la mujer en el ámbito laboral, las migraciones y la organización contribuyen a afirmar que un número mayor de personas adultas mayores carecerán de estos cuidados.

La composición del hogar en el que residen las personas adultas mayores puede incidir en forma importante en su bienestar físico y emocional. El porcentaje de hogares donde solo residen adultos mayores es bastante menor 8.2%, lo que indica que la mayoría de las personas adultas mayores en el país residen con otros familiares de menor edad.

La reducción de la mortalidad ha permitido que no solo un creciente número de personas alcance la edad avanzada, sino también que lo haga con al menos uno de sus padres aún vivo. Esto significa que las personas de la Tercera edad deberán no solo enfrentar los retos de su edad, sino también brindar cuidados a sus padres en edades muy avanzadas.

Con estos datos, podemos observar que aunque el envejecimiento es un proceso natural e inevitable, la forma cómo se envejece y el significado de este proceso son características que se construyen socialmente y varían de una cultura a otra. Esto implica una serie de experiencias que son necesariamente diferenciadas, entre otros factores, por la condición de género, entendida como los roles y comportamientos

culturalmente asumidos para hombres y mujeres. El acceso limitado a medios de comunicación, el apego a las tradiciones, las escasas oportunidades de trabajo y el bajo nivel de educación, son algunos factores que orientan la percepción de lo político y lo social.

El contexto de pobreza es otro factor que condiciona la debilidad de las redes sociales de las personas de la Tercera edad, perciben menores ingresos y tienen menor oportunidad de participar en los programas de apoyo, autoayuda y recreación institucionales. Las oportunidades de desarrollo y las responsabilidades que de ahí se derivan promueven de igual manera la desigualdad entre los sexos.

Estimando que el grupo de personas adultas mayores es muy heterogéneo en sus características demográficas, culturales, biológicas, sociales y económicas, se hace necesario implementar programas que den respuesta a sus necesidades, comprendidos estos, dentro de un modelo multi e interdisciplinario para su atención integral, que beneficie tanto a los ancianos institucionalizados como a los de la comunidad y sus familias. Esto dentro de un marco de atención con calidad y humanismo que les permita una vida digna.

2.3 Población de la Tercera Edad

La manera de envejecer está determinada por la acción conjunta de varias causas, están involucrados factores sociales, psicológicos, ecológicos y biológicos.

Se debe entender a la persona de la Tercera edad en el marco de un contexto sociocultural, antropológico, familiar, económico y jurídico en un momento histórico determinado y con una historia de vida personal. Cada individuo envejece de diferente manera, siendo el envejecimiento un proceso evolutivo y gradual, sin una causalidad única, que no es una enfermedad ni un error evolutivo, es un proceso multidimensional.

Cuando las personas envejecen se retiran del mercado de trabajo, porque así lo establece la ley, por las fuertes presiones sociales para que los mayores dejen sus puestos a los más jóvenes y por la discriminación en las contrataciones, negándoles

oportunidades de trabajo, de ahí que la jubilación signifique una pérdida de identidad social. Hasta el momento, la sociedad ha sido incapaz de definir un conjunto de actividades para quienes se retiran del trabajo, no se ha creado un rol que sustituya al de trabajador ni se ha definido una función social alternativa, de ahí el aburrimiento, la sensación de inutilidad y la necesidad de buscarse actividades con las cuales se llene el tiempo de ocio (Centros Culturales, Clubes), el impacto psicológico que causa el retiro es más manifiesto en los hombres que en las mujeres, para quienes quedarse en casa significa constituirse en un estorbo para los demás, no tener nada que hacer y auto devaluarse como individuo.

Envejecer bien o mal dependerá, dentro de los márgenes fijados por el contexto social, de los mismos individuos.

El grupo de personas envejecidas es cada vez más grande y pugnará por la salud y los servicios relacionados con la vivienda, las pensiones y oportunidad laboral, entre otros. Durante la vejez la persona experimenta una serie de situaciones desconocidas y difíciles a las que ha de adaptarse adecuadamente. Esto dependerá tanto de sus propias habilidades en el manejo y control de las mismas como del apoyo que la familia y la sociedad le brinde.

Habrá de considerar los mitos y prejuicios arraigados y reforzados por la sociedad y de quien considera a la vejez como enfermedad, deterioro, discapacidad y déficit. En general esto es más notorio cuando el deterioro cognitivo, o ciertos cambios de la personalidad son juzgados como parte normal del proceso de envejecimiento.

Los aspectos psicológicos del envejecimiento se dan de manera normal o patológica en las funciones mentales superiores, donde la persona debe adaptarse a esta situación, considerando sus procesos de conocimiento, personalidad, vida afectiva y espiritual, y la interacción con el medio social y cultural. El uso de estereotipos se conoce como “viejismo”, el cual consiste en definir a la persona de edad avanzada a través de una serie de calificativos negativos que resumen no solamente las actitudes negativas, sino las reacciones hostiles del individuo de cualquier edad, pero que se imputan al viejo, a

la vejez o al envejecimiento. Lo anterior no es más que un reflejo del desconocimiento que existe en torno a esta etapa de la vida.

La experiencia adquirida a lo largo del ciclo de vida, la interacción de los factores culturales, sociales e históricos, la situación de salud y los procesos de adaptación, van a determinar en gran parte los aspectos psicosociales del individuo que envejece.

A medida que las personas se van haciendo mayores, experimentan ciertas pérdidas de memoria, no solo porque de pronto son incapaces de recordar una cara o un nombre sino también porque les resulta difícil retener nuevas informaciones. No se puede seguir afirmando que la vejez es sinónimo de declinación intelectual y cognitiva.

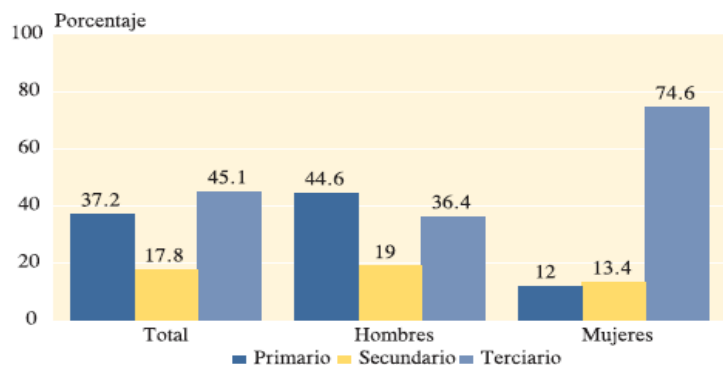
Si se tienen en cuenta las pérdidas afectivas que se producen en la vejez, no es extraño que la depresión sea el trastorno mental más frecuente en las personas adultas mayores. La presencia de algunas enfermedades disminuye las posibilidades de autonomía funcional incrementando la dependencia y fomentando el aislamiento social, en consecuencia disminuye la calidad de vida.

Debemos trabajar para modificar la percepción negativa que las personas de la Tercera edad y sus familias tienen de los cambios biopsicosociales que se observan en el proceso de envejecer.

2.3.1 Estructura de los ingresos de la población adulta mayor

Casi la mitad de los adultos de la Tercera edad que trabajan lo hacen en actividades primarias. El trabajo de los hombres de edades avanzadas se vincula estrechamente a las actividades agropecuarias, mientras que en el caso de las mujeres el trabajo se concentra en las actividades del sector terciario.

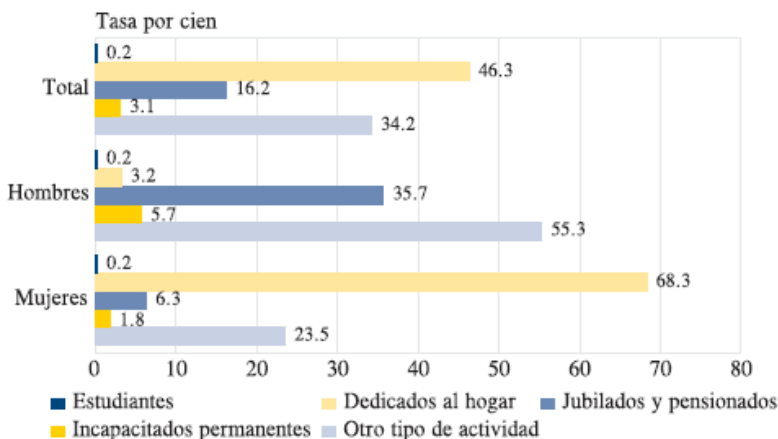
Tabla 21. Distribución de los adultos mayores ocupados por sector económico y sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Los motivos de la inactividad laboral de los adultos mayores son diferentes entre hombres y mujeres. Más de 70 por ciento de las personas de 60 años o más se declaran como económicamente inactivas (50% de los hombres y 88% de las mujeres).

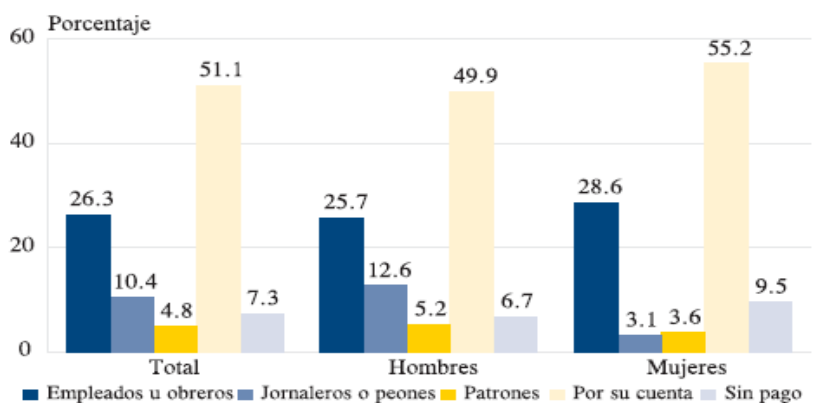
Tabla 22. Distribución de los adultos mayores según tipo de inactividad por sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

La mitad de las personas de la Tercera edad que trabajan lo hacen por su cuenta. El empleo informal es predominante.

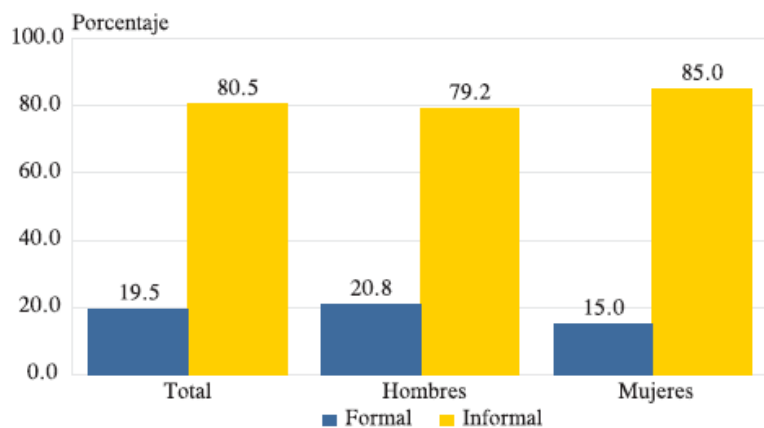
Tabla 23. Distribución de los adultos mayores ocupados por situación en el trabajo y sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

Más de 80 por ciento de los adultos mayores (79.2% de los hombres y 85.0% de las mujeres) tienen un trabajo considerado como informal. Esta situación continuará reproduciéndose en el futuro, toda vez que en la actualidad poco menos de una de cada cuatro personas que integran la población económicamente activa está cubierta por la seguridad social.

Tabla 24. Tipo de ocupación para los adultos mayores por sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

2.3.1.1 Trabajo extra doméstico por nivel de instrucción

Los mejores niveles educativos de la población más joven y la capacitación más actualizada, son aspectos que ponen en desventaja a los adultos mayores. Si se atiende el nivel de instrucción de la población de 60 años o más, se aprecia cómo aquellos que cuentan con formación profesional tienen los niveles más altos de participación económica, en contraste, los que no alcanzaron a aprobar algún grado de escolaridad presentan una de las tasas de participación más reducidas.

Entre los hombres de 60 años o más la inserción en el mercado de trabajo muestra una tendencia decreciente conforme se incrementa el nivel de instrucción alcanzado; sin embargo, la tasa de participación económica no tiene grandes cambios conforme aumentan los años de estudio, es decir, más de la mitad de las personas de este sexo realizan actividades económicas, sea cual sea el nivel de instrucción.

Por otra parte, para las mujeres de 60 años o más sí se aprecia una relación muy marcada, una de cada cinco mujeres que no alcanzaron a aprobar algún grado de escolaridad participa en la actividad económica, mientras que entre las que alcanzaron niveles de profesional o más, la tasa neta de participación es alrededor de 50% más elevada en relación con la de las primeras.

2.3.1.2 Ingreso por trabajo extra doméstico

Los adultos mayores son los que en promedio tienen menor ingreso por hora con respecto al grueso de la población, el ingreso medio por hora del total de los mayores de 14 años es de 26.5 pesos, mientras que en el grupo de 60 años o más es de 22.1 pesos. Aunado a esta diferencia salarial, se encuentra que los adultos mayores son los que menos horas dedican al trabajo extra doméstico a la semana, por lo cual este grupo registra los ingresos medios al mes más bajos (\$3,482.96 pesos).

El mayor nivel de instrucción hace que las disparidades en los ingresos por hora se inviertan. En el grupo de personas con estudios de preparatoria o más, los ingresos son

mayores para quienes sobrepasan los 60 años de vida que para aquellos que tienen entre 30 y 44 años, la diferencia en el ingreso es de más de 10 pesos cada hora para los de nivel preparatoria y de 20 para los de nivel profesional.

Además, en este grupo la diferencia de la jornada laboral es mínima, lo que lleva a que para las personas con mayores estudios y mayor edad los ingresos mensuales promedio sean superiores a los 12 mil pesos.

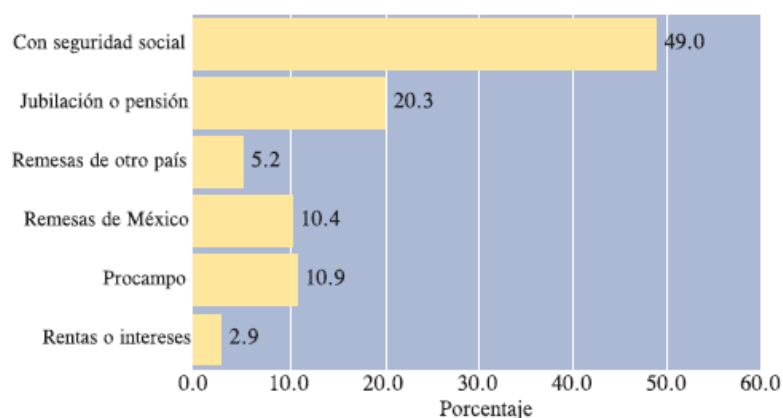
Por otro lado, las personas con menor nivel de instrucción y mayor edad, son los que tienen en promedio menores ingresos (casi 12 pesos por hora) con jornadas de alrededor de 37 horas semanales, lo que lleva a ingresos mensuales de \$1,765 pesos.

La mayoría de las personas de la Tercera edad que trabajan perciben ingresos laborales muy bajos, demostrando la precariedad del empleo entre este segmento de la población. En México la participación en el trabajo de los adultos mayores se interpreta como un rasgo negativo asociado a una vejez de baja productividad, debido a que los sistemas públicos de transferencias durante la edad avanzada tienen una cobertura limitada.

Entre los adultos mayores solo un poco más de 20 por ciento están jubilados; hombres (27.4%) y mujeres (14.4%).

Otro indicador asociado con los apoyos durante la vejez es la seguridad social, ya que puede facilitar el acceso a servicios que de otra manera representarían gastos para el adulto mayor, particularmente aquellos relacionados con la atención a la salud. Casi la mitad de los adultos mayores cuentan con seguridad social.

Tabla 25. Porcentaje de los adultos mayores con seguridad social y que reciben transferencias monetarias, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

2.3.1.3 Ocupación principal

En México la diversidad de ocupaciones vinculadas con la actividad económica es amplia. La población ejerce actividades que van desde las clasificadas como servicios (donde se ubican, por ejemplo, los peluqueros, sastres, boleros, taxistas y meseros); pasando por los que desempeñan servicios administrativos y que se agrupan en la categoría de oficinistas (cajeros, secretarias, gerentes); hasta los que realizan trabajo doméstico (recamareras, cocineras y jardineros, por citar algunos).

Otras actividades se relacionan con el comercio (donde están los vendedores, ya sea en un establecimiento fijo o ambulante), con la industria (supervisores, capataces, obreros, operadores de maquinaria, entre otros); así como con maestros, técnicos calificados y profesionistas.

Al hacer el análisis de la ocupación desempeñada por las personas de 15 años o más, se observa que la mayor parte (27 de cada 100) se encuentra ubicada en las ocupaciones industriales, del mismo modo, se aprecia que 15% de estas personas laboran en alguna ocupación vinculada a las actividades agropecuarias.

Con el paso de los años, la experiencia acumulada permite que se logren conocimientos y habilidades que modifican el tipo de ocupaciones que la población desempeña.

Aunado a lo anterior, el más alto nivel de instrucción de las generaciones más jóvenes propicia que realicen en mayor medida actividades de mayor calificación. Así, se observa que una de cada diez personas de entre 15 y 29 años desempeña labores de oficina, mientras que en los de 60 años o más esta proporción no alcanza los tres puntos porcentuales.

En contraste, 3.6% de los jóvenes son vendedores ambulantes, en tanto que para los adultos mayores la proporción casi se duplica. Del mismo modo, las ocupaciones industriales pasan de 30.7% en el primer grupo a 18.4% en los de mayor edad.

Al sumar los porcentajes de personas dedicadas a las ventas, sea en establecimientos fijos o no, se aprecia que para el grupo de adultos mayores el comercio es la ocupación que les permite en mayor medida continuar en la actividad económica, debido principalmente a la poca oferta de empleo para este conjunto de personas en los otros sectores.

Resalta la clara diferencia por sexo, ya que más de una cuarta parte de las mujeres se dedican a las ventas, mientras que 13% de los hombres hacen lo mismo.

Otra ocupación que tiene una marcada diferencia con respecto a la edad, es aquella concerniente a los trabajos agropecuarios (siembra y/o cultivo, cuidado de animales o caza y pesca). Se tiene que 15% de la población de 15 años o más se ocupa en estas actividades, mientras que para los adultos mayores la participación en estas actividades se incrementa a más del doble.

2.3.1.4 Posición en la ocupación

De acuerdo con la relación que guarda con los medios de producción, la población ocupada se clasifica en: patrones; trabajadores por su cuenta; trabajadores a destajo, comisión o porcentaje; trabajadores asalariados, y trabajadores sin pago.

En México, 24.2% de las personas de 15 años o más que trabajan, lo hacen por cuenta propia, y únicamente 4.1% son patrones. Entre los jóvenes, 1 de cada 10 labora por cuenta propia y solamente 1 de cada 100 es patrón; en contraste, para los adultos mayores, estas proporciones se modifican a 57 y a casi 7 de cada 100, respectivamente. Del mismo modo que la edad, el ser patrón está vinculado al sexo, la proporción de patrones hombres de 60 años o más es tres veces mayor a la de las mujeres.

Cabe señalar que entre los adultos mayores el bajo porcentaje de trabajadores a destajo puede ser explicado en razón de que generalmente para desempeñar estas actividades se requiere un mayor rendimiento físico (entre éstas se ubican, por ejemplo, los cargadores y algunos casos de vendedores puerta por puerta).

2.3.2 Participación de la población de 65 años y más en el trabajo

La educación, en su sentido más amplio, debe servir para conformar una ética social que dé respuesta a los requerimientos de la planeación del desarrollo; en el plano individual debe tener fines prácticos tales como proveer conocimientos, habilidades, capacidades y hábitos ya sea para la inserción a la actividad económica, el ejercicio de un oficio, o la adecuación a las condiciones y transformaciones del sistema productivo.

La carencia de alfabetización y escolaridad refiere inevitablemente a los grupos sociales más desfavorecidos. Buena parte de la población de 60 años o más se encuentra en el llamado rezago educativo, es decir, no completó la educación básica; con ello es más probable que se vean limitadas las habilidades y actitudes que este sector requiere para tener un desempeño básico en sociedad.

La inserción de los adultos mayores en el mercado de trabajo tiene implicaciones en su seguridad económica (así como efectos psicológicos). En México la edad de retiro de la actividad laboral está regida por disposiciones legales y con variaciones según la ley que la regule (oscila entre los 60 y 65 años). Sin embargo, al llegar a estas edades hay

quienes continúan trabajando, como resultado de un deseo personal o bien de la necesidad económica.

La baja cobertura de la seguridad social y los reducidos montos de las jubilaciones propician que algunos adultos mayores estén obligados a continuar trabajando. Dentro de los que se retiran, hay quienes lo hicieron voluntariamente a causa de limitaciones derivadas de su salud o porque desean iniciar su descanso. También están aquellos que necesitan seguir en el mercado laboral para costear su subsistencia, pero que desisten de buscar trabajo, ante la discriminación sufrida por la edad y las “desventajas comparativas” respecto a personas más jóvenes y con más calificación en un mercado con altos niveles de desocupación.

Los cambios experimentados en el perfil educativo de la población no se dieron de manera homogénea y los adultos mayores son un segmento de la población para el cual todavía en el 2000 se presentan rezagos significativos. Los niveles de analfabetismo en este grupo son muy altos, con diferencias entre hombres y mujeres muy marcadas y que dan cuenta de los contrastes en las oportunidades educativas que prevalecían en el pasado. Tres de cada diez personas de 60 años o más no saben leer ni escribir un recado, condición que es casi 50% más alta para las mujeres respecto a los hombres. Conforme avanza la edad, la proporción de personas que tienen estas habilidades se reduce significativamente.

Así, entre la población de 85 años o más, la tasa de alfabetismo es de apenas 55.6 %, con 61.6% para los hombres y 51.1% para las mujeres.

Los conocimientos y destrezas adquiridos en el sistema de educación formal refuerzan a los que se obtienen del entorno familiar y comunitario, lo cual posibilita la extensión de las capacidades físicas y mentales, así como las expectativas de bienestar, y con ello la toma de mejores decisiones sobre eventos y hechos de la vida. En México la escolaridad media de la población de 15 años o más es de 7.3 grados aprobados, lo

que revela que en promedio las personas tienen completa la instrucción primaria y un grado o dos de la secundaria.

El grado de escolaridad por edad, muestra una tendencia creciente conforme las generaciones son más jóvenes y señala una situación muy desfavorable para los adultos mayores.

Entre la población de 60 años o más el número medio de grados aprobados apenas rebasa el equivalente al tercer año de primaria, donde los hombres promedian casi un año más que las mujeres. Resalta el hecho de que para este segmento de la población las diferencias más significativas en el promedio de escolaridad de hombres y mujeres se dan entre los grupos menos envejecidos.

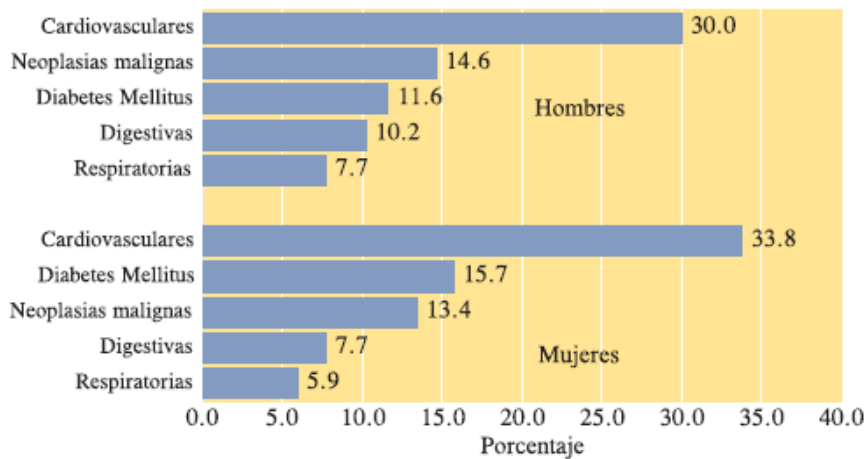
El nivel de instrucción alcanzado entre hombres y mujeres adultos mayores da una idea de la dificultad que enfrentó la mayor parte de las personas que nacieron antes de 1940, para incorporarse en la educación formal o continuar en ella hasta concluir el nivel básico. En la actualidad, más de la tercera parte de la población de 60 años o más no cuentan con instrucción, y esta proporción rebasa el 53% entre las mujeres de 85 años o más. De igual modo, destaca que sólo 13 de cada 100 adultos mayores aprobó algún grado del nivel secundaria o más.

Cabe señalar que los años de estudio que logró acumular este segmento de población están condicionados en gran medida por los factores sociales y económicos que prevalecieron en la época de su juventud, así como por los servicios educativos a los que se tenía acceso durante ese tiempo. Sin embargo, todavía en el presente se observan diferencias conforme al tamaño de la localidad de residencia y que se vinculan con los contrastes en la disponibilidad y acceso de los servicios educativos, principalmente en los niveles más altos.

Así, se observa que en las localidades rurales poco más de la mitad de los adultos mayores no cuentan con instrucción, mientras que en las ciudades esta proporción se reduce a menos de la cuarta parte.

Uno de los principales retos del envejecimiento demográfico es su impacto sobre los sistemas de salud, los padecimientos de la población en edades avanzadas tienden a concentrarse en males crónico-degenerativos, por lo que necesitan mayor atención médica que el resto de la población.

Tabla 26. Cinco principales causas de defunción entre personas de 60 o más años según sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en defunciones de INEGI y SSA, 2000.

Esta tendencia se acentuará en el futuro, por lo que los costos de la atención a la salud de las personas de la Tercera edad se incrementaran debido a que esas enfermedades son de larga duración, implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos más costosos, asociándose a periodos de hospitalización más prolongados.

La información para el estudio de la mortalidad de los adultos mayores que se utiliza en este capítulo, está conformada por la estimación de la esperanza de vida para la población de 60 años, del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2004); la distribución de las defunciones registradas por causa y desagregadas por sexo y edad; así como por los índices de sobremortalidad masculina que se construyeron como la relación entre las tasas observadas de hombres y mujeres para cada grupo de edad, tomando para ello las estadísticas vitales más recientes del país, correspondientes a los años 2000.

2.3.2.1 Trabajo doméstico y extra doméstico

En la vida diaria las personas tienen distintas actividades dentro y fuera del hogar cuya duración y características son diferenciales de acuerdo con la edad. Así pues, mientras que en general, los niños y adolescentes le dedican buena parte de su tiempo al estudio, entre las personas de 15 años o más la actividad que comúnmente absorbe más su tiempo es el trabajo.

El trabajo doméstico hace referencia a las actividades que se realizan dentro del propio hogar. En el grupo de 60 años o más la diferencia es superior a las 20 horas. Esta diferencia de tiempo destinado a las labores domésticas, muestra cómo todavía son muy marcados los roles de género entre la población: el hombre es el que trabaja fuera de la casa y la mujer es la que se queda al cuidado de la familia.

Por su parte, el promedio de horas que las personas de 15 años o más destinan al trabajo extra doméstico es de 42.7 horas a la semana, el grupo de hombres de 30 a 44 años es el que más tiempo le dedica a esta actividad 47.5 horas.

En contraparte, las mujeres tienen como actividades, el cuidado de niños y ancianos, la limpieza de la vivienda, el lavado y planchado de ropa, el aseo de trastos y la preparación de alimentos, entre otras labores que tienen como propósito facilitar el desarrollo de la vida cotidiana de sus miembros.

Por su parte, el trabajo extra doméstico es el que tiene como finalidad producir bienes o servicios comercializables en el mercado con el propósito de generar ingresos monetarios o en especie.

Según la Encuesta Nacional de Empleo, levantada el segundo trimestre de 2004, en promedio, el tiempo que la población consume para realizar actividades domésticas es de 19.2 horas a la semana, con marcadas diferencias por sexo. Las mujeres destinan casi 31 horas, mientras que de 60 años o más es el que menos tiempo trabaja en actividades extra domésticas, con 30 horas semanales.

Al sumar el número de horas dedicadas al trabajo, ya sea extra doméstico o doméstico, se tiene que en promedio las personas trabajan 43.1 horas a la semana. Las mujeres de 30 a 44 años son las que en promedio destinan más horas al trabajo (54); mientras que los hombres de 60 años o más son quienes dedican menos, 29.1 horas semanales.

En este rubro es notorio cómo el número de horas dedicadas al trabajo disminuye conforme aumenta la edad, las personas de entre 30 a 59 años destinan casi 50 horas a la semana al trabajo y los adultos mayores alrededor de 30 horas. Dentro del grupo de 60 años o más la disminución de horas sucede de modo paulatino: el grupo de 60 a 64 años tiene lapsos de trabajo de poco más de 40 horas, el grupo de 65 a 69 años ocupa cinco horas menos a la semana, y así sucesivamente hasta llegar al grupo de 80 años o más que destina alrededor de 15 horas a la semana, es decir, poco más de dos horas diarias.

2.3.2.2 Condición de actividad

En México una significativa proporción de los adultos mayores permanecen en la actividad económica, lo que puede obedecer a una decisión voluntaria vinculada con el deseo de seguir realizándose como persona o a la ocupación del tiempo libre, aunque también puede estar sujeta a la necesidad de un ingreso suficiente, dada la falta de prestaciones sociales o lo reducido de los montos de las jubilaciones y pensiones.

En el país residen poco más de 9 millones de personas de 60 años o más, de ellas 3.3 millones realizan alguna actividad económica, lo que equivale a que 36.5% del total de adultos mayores se encuentran en el mercado de trabajo.

La encuesta refleja que la tasa neta de participación es diferenciada por sexo, 57 de cada 100 hombres de 60 años o más participan en alguna actividad económica y poco menos de 20 de cada 100 mujeres hacen lo mismo.

Entre los adultos mayores, a medida que aumenta la edad es más común que no se encuentren en el mercado de trabajo y esto se refleja directamente en sus tasas de

participación; entre los 60 y 64 años, 5 de cada 10 personas siguen laborando, mientras que al llegar a ochenta años de vida todavía 1 de cada 10 personas continúa en el mercado de trabajo.

La reducida participación económica en las edades avanzadas puede asociarse al descenso de las actividades agrícolas y artesanales que permitían el trabajo de todos los miembros del hogar de acuerdo a su capacidad y experiencia. La causa de retiro no se puede asociar a los programas de jubilación porque la cobertura de la seguridad social es muy limitada y porque los montos de las pensiones son muy bajos en general, de tal manera que no alcanzan para cubrir las necesidades de los adultos mayores.

El envejecimiento demográfico también implicara un incremento en la prevalencia de la discapacidad.

2.4 Vulnerabilidad entre las personas de la Tercera edad

El envejecimiento es un proceso universal, esperamos que en un futuro el conocimiento de los cambios fisiológicos relacionados con la edad permita diferenciar las características, signos y síntomas de enfermedades, por ejemplo la demencia, que no es consecuencia de este proceso y debe ser investigada como cualquier otro padecimiento.

La diversidad de enfermedades propias de la vejez ofrece muchos problemas de diagnóstico y tratamiento, particularmente cuando se plantea la necesidad de diversos abordajes terapéuticos, los cuales están asociados con múltiples posibilidades farmacológicas.

Los órganos están formados por una variedad de tejidos y estos por una variedad de células y elementos extra celulares; cada uno de estos órganos envejece a su propia velocidad, el grado de deterioro varía de acuerdo con el tipo celular.

Con la edad suelen presentarse cambios en el patrón de la marcha, tales como inestabilidad, ensanchamiento de la base de apoyo, paso lento, postura encorvada,

disminución de la movilidad de los brazos. Esto puede ocasionar caídas con graves consecuencias en las personas de la Tercera edad.

La disminución de la masa corporal magra (sarcopenia) lleva a la pérdida de la fuerza muscular constituyendo una muestra inequívoca de envejecimiento, paralelo a esto se observa aumento en la distribución de la grasa, descenso del contenido de agua, disminución de células y reducción mineral del hueso.

En corazón y pulmones se observa disminución en sus funciones llevándolos incluso a la insuficiencia funcional de estos órganos debido a las arritmias cardíacas, disminución de la elasticidad pulmonar, rigidez de la pared torácica y disminución de la elasticidad de las grandes arterias.

Se manifiestan algunos cambios cerebrales, que no está demostrado tengan relación con la capacidad intelectual, pero son cambios crónico degenerativos que pueden ocasionar algún tipo de demencia.

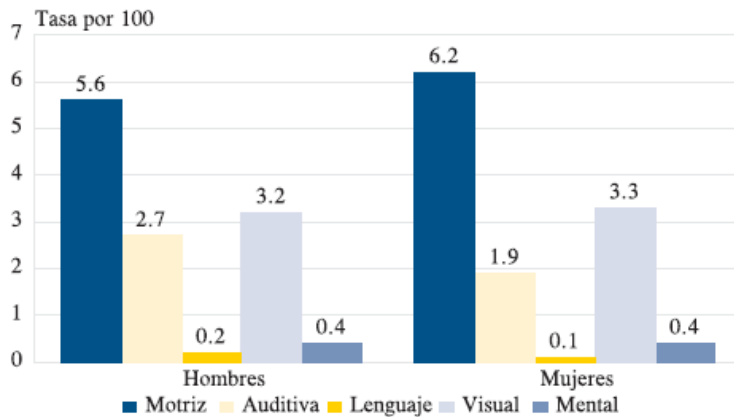
Existen cambios en los procesos homeostáticos que limitan la respuesta del organismo al estrés, haciéndolo más frágil.

La regulación del volumen líquido se ve alterada por la disminución de la función renal aproximadamente el 10% por cada década a partir de los 40 años de edad.

De igual manera se manifiestan algunas alteraciones de los sentidos que pueden llevar a las personas adultos mayores a un terreno de fragilidad, con disminución de la calidad de vida como son: disminución de la visión (catarata), de la audición (sordera), que repercute en su vida familiar y en sus actividades sociales, desequilibrio que se manifiesta por crisis vertiginosas que pueden ocasionar caídas.

En la medida en que avance el proceso de envejecimiento, la proporción de individuos en los grupos etáreos de mayor riesgo se incrementará, por lo que es previsible que también lo haga la prevalencia de la discapacidad.

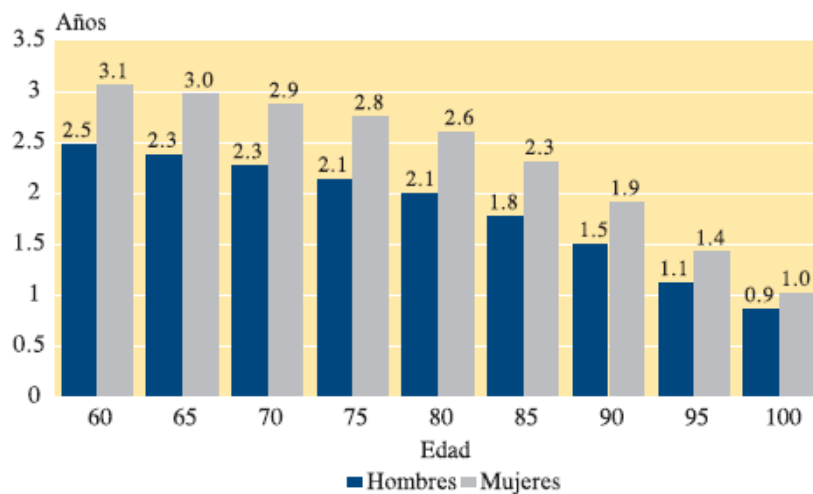
Tabla 27. Tasas específicas de discapacidad para los adultos mayores por sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Uno de los retos del envejecimiento demográfico es instrumentar medidas y programas preventivos que permitan reducir las tasas de morbilidad y discapacidad, para así incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad y permitir que un mayor número de individuos disfrute su vejez en plenitud de condiciones físicas y mentales, reduciendo también los costos que esta le genera en su vida y en la de quienes lo rodean.

Tabla 28. Años promedio de esperanza de vida con discapacidad para las personas que llegan sanas a partir de los 60 años, por edad y sexo, 2000



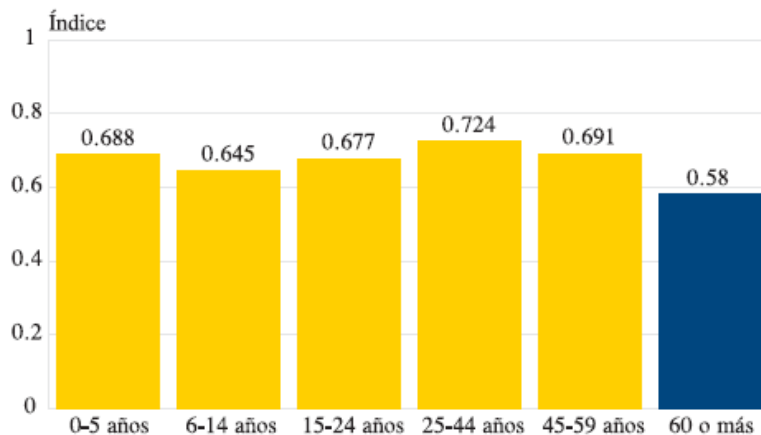
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Cabe señalar que aún hay mucho por conocer y que es necesario realizar mayor número de investigaciones para dar respuesta a muchas incógnitas. El enfoque preventivo es esencial para hacer frente a los problemas de las personas adultas mayores a fin de anticipar y retrasar el deterioro funcional.

Se ha dado una visión muy panorámica de cambios estructurales y funcionales del organismo que explican por qué se pierde la funcionalidad, y cómo estos cambios producen un impacto en el estilo de vida de las personas de la Tercera edad y de sus familias.

Las personas en edades avanzadas tienen un índice de desarrollo social más bajo. El índice de desarrollo social para los adultos mayores comprende seis dimensiones analíticas: la capacidad de adquirir conocimientos, la de gozar de un nivel de vida adecuado, la de disfrutar de vivienda digna, la proporción que es atendida en una clínica, centro de salud o consultorio cuando se enferman y la proporción que no sufre discapacidad.

Tabla 29. Índice de desarrollo social por grupos de edad a nivel nacional, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

2.4.1 La mortalidad

En el estado de salud y los cuidados que se procuran a los hombres y mujeres de 60 años o más intervienen, además de los factores biológicos y los relacionados con su

condición social y económica, una serie de circunstancias ligadas al desempeño de sus roles sociales en el pasado.

Los adultos mayores viven de manera diferente al resto de la población, debido a secuelas de las enfermedades y lesiones que han padecido a lo largo de su vida y son el resultado de los distintos niveles en la exposición a riesgos en función de sus actividades y de los espacios donde las realizaron, así como de las responsabilidades y estilos de vida que varían conforme se incrementa la edad.

Una aproximación al conocimiento del estado de salud de los adultos mayores, aspecto más importante de su bienestar, es posible por medio del análisis de las causas de muerte, las cuales se refieren a la enfermedad, traumatismo o lesión que conduce al deceso y que en el país son registradas en las actas de defunción y consultadas en las estadísticas de mortalidad.

Durante gran parte del siglo pasado, México ha registrado significativas reducciones en los niveles de mortalidad, lo que conlleva un importante incremento en la sobrevivencia de la población. Aunque la mortalidad infantil ha sido el componente de la mortalidad general que ha declinado más radicalmente, la sobrevivencia entre los adultos también ha aumentado, hecho que repercute en una mayor longevidad de la población.

La esperanza de vida de la población masculina de 60 años o más pasó de 10.9 a 17.5 años entre 1940 y 2000, lo que implica un incremento de 6.6 años, mientras que la esperanza de vida de la población femenina de ese grupo de edad tuvo un incremento de 7.3 años en ese mismo lapso, al pasar de 12.8 a 20.1 años, lo que significa que una mujer que en 1940 tenía esa edad podría llegar a vivir hasta casi los 73 años, mientras que en la actualidad se espera llegue hasta los 80 años.

El envejecimiento de la población implica importantes retos en materia social, en especial para la salud, ya que los adultos mayores enfrentan muchos riesgos asociados a una mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio ambiente. Este riesgo se

incrementa con la combinación de los efectos del envejecimiento y la aparición o agravamiento de procesos patológicos.

Entre los adultos mayores es frecuente que un mismo individuo presente varios padecimientos, así como la combinación de enfermedades crónicas con las del tipo agudo y accidentes.

2.4.2 Mortalidad según edad y sexo

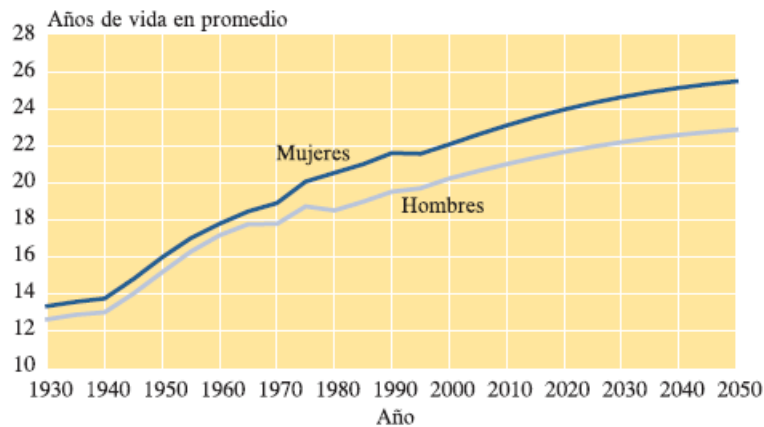
El componente generacional de las personas mayores representa un importante elemento de diferenciación interna ya que las biografías individuales están marcadas por experiencias generacionales comunes (Neugarten, Hagestad, 1976). El contexto generacional en el que se ha desarrollado la vida de estas personas ha podido influir considerablemente en su historia social, en su dotación formativa y cultural, en sus calendarios demográficos, en experiencias comunes en relación al ciclo de la familia, experiencias laborales diferentes, en el acceso, tenencia y calidad de la vivienda, en expectativas y estándares vitales diferentes, etc., que en definitiva pueden intervenir no sólo en la forma de envejecer sino también en la manera de replantearse determinadas situaciones. La socialización en estructuras sociales, económicas y políticas diferentes pueden no interponerse en el curso de los acontecimientos pero sí proporcionar el marco ideológico bajo el cual cualquier persona analizará experiencias futuras.

El género también introduce notables variaciones, desde el punto de vista físico, biológico y social, que se traducen en una desigualdad entre los sexos ante la muerte y exposición a determinadas enfermedades. Estas diferencias biológicas y en los patrones de socialización adscritos a cada sexo, dan lugar a desfases en el calendario y organización del curso de vida entre hombres y mujeres (Neugarten, Hagestad, 1976)

Durante la vejez las diferencias por razón de género se acentúan considerablemente y su manifestación más evidente es la feminización del colectivo de personas mayores como consecuencia de una esperanza de vida más longeva en favor de ellas. Sin embargo, el género no solamente constituye un elemento de desigualdad ante la muerte sino que representa dos formas de envejecer relacionadas con los modelos de

socialización y el reparto diferencial de roles y funciones sociales entre los sexos. Hay quienes sostienen que con el envejecimiento comienza un proceso de redefinición de los roles y funciones asignados a cada sexo, que tiende introducir mayor uniformidad en relación a etapas anteriores (Marín Parra, Fernández López, 1998).

Tabla 30. Esperanza de vida a los 60 años por sexo, 1930-2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

Las cuestiones relacionadas con la salud tienen también un componente subjetivo que se estudia a través de la percepción del estado de salud. Se prevé que en 2050 la esperanza de vida a los 60 años sea de alrededor de 24 años, lo cual presenta importantes retos en los sistemas de salud.

2.4.3 Mortalidad por causas

El descenso de la mortalidad ha tenido lugar con un cambio en el perfil de causas de muerte, tanto en hombres como en mujeres, variando los patrones de mortalidad por causas y edad.

Mientras que a principios de la década de los noventa las primeras tres causas de muerte entre la población en general fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos y los accidentes, en el periodo 2000-2002 la mortalidad por diabetes superó en importancia relativa a la producida por accidentes.

El cambio en el perfil de causas fue más notorio entre los hombres, ya que en el mismo lapso las enfermedades del corazón y los tumores malignos reemplazaron a los accidentes como principal causa de fallecimiento entre la población masculina.

Entre las principales causas de muerte de la población de 60 años o más se encuentran las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos, las cuales en conjunto agrupan 50.7% de los fallecimientos de adultos mayores. Para las mujeres se conserva este orden de causas, mientras que para los hombres los tumores malignos superan en incidencia a la diabetes.

El patrón de causas de mortalidad de los adultos mayores muestra cambios conforme aumenta la edad. Las enfermedades del corazón adquieren mayor peso relativo en las generaciones más envejecidas (con lo cual se convierte en la causa de muerte de una de cada cuatro personas de 80 años o más). Del mismo modo, las proporciones de muertes, como consecuencia de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y de las cerebrovasculares, son mayores cuando aumenta la edad.

En sentido inverso, los porcentajes de defunciones por diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado y por accidentes, son cada vez menores. En conjunto reducen su peso respecto del total de defunciones, al pasar de 53.6% registrado entre los de 60 a 64 años, a 17.7% de los fallecimientos de personas de 85 años o más.

Otra forma de abordar el estudio de la mortalidad por causas es agrupándolas según el tipo de intervenciones en salud necesarias para limitar o eliminar el efecto de las diversas patologías en la población (Murray et al en Cárdenas, 2001). En el primer grupo están comprendidos padecimientos que en su mayoría pueden ser resueltos al proporcionar servicios en cualquier unidad médica de consulta externa. Incluye las patologías de índole infecciosa (este grupo también incorpora las causas de muerte materna y las que ocurren en el periodo perinatal, que en el caso de los adultos mayores no repercuten).

El segundo grupo de causas abarca las patologías cuya etiología es distinta a la infecciosa y cuyos periodos de desarrollo, o entre aparición y muerte pueden ser largos, de ahí que se consideren crónicos. El conjunto de estas causas requiere estrategias de limitación o control de su efecto similares a las del grupo anterior, pero además requiere de la detención temprana, el cambio de conductas en relación con los estilos de vida y factores de riesgo (por ejemplo, disminuir el consumo de grasas de origen animal, moderar el consumo de alcohol, eliminar el tabaquismo y practicar ejercicio de manera regular).

El tercer grupo incluye las defunciones debidas a lesiones y accidentes. Estas causas son resultado de factores ajenos a los procesos fisiopatológicos, por lo cual las intervenciones diseñadas para disminuir o eliminar su incidencia rebasan el ámbito de los servicios de salud. Los esfuerzos destinados a reducir el efecto de las causas de este grupo en la población adulta mayor deben considerar medidas como la readecuación de la infraestructura no sólo de la vivienda, sino en general, del diseño arquitectónico de los espacios públicos (edificios, accesos peatonales y transportes, entre otros) de tal manera que faciliten el desplazamiento de las personas de mayor edad.

2.5 Transición epidemiológica y las condiciones de la salud de la población

El estado de salud de un adulto mayor se mide por su capacidad funcional y no por los déficits que pueda tener.

La funcionalidad expresa la capacidad de una persona adulta mayor para satisfacer sus necesidades de manera autónoma, independiente y satisfactoria para sí mismo.

Esto significa que las personas adultas mayores funcionales en lo físico, mental y social con una percepción subjetiva de bienestar, en relación con su edad y su contexto sociocultural son consideradas como sanas, aún si se presenta algún padecimiento crónico bajo control.

2.5.1 Derechohabiencia a los servicios de salud

En México, las instituciones encargadas de la seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es responsable de brindar servicios a la población ocupada en el sector privado y a sus familiares, así como a estudiantes de nivel medio superior o superior en escuelas del Sistema Educativo Nacional, asegurados en el IMSS; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual proporciona servicios a los empleados del gobierno y su familia.

Por su parte, Petróleos Mexicanos (Pemex); la Secretaría de Marina (SM); y la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN) son responsables de brindar servicios de seguridad social a los trabajadores y sus familiares.

Existen además otras instituciones, generalmente de carácter privado, con las que de manera voluntaria las personas o sus empleadores acuerdan la prestación de servicios de salud.

Adicionalmente, a partir de 2004 la Secretaría de Salud (SSA) ofrece un seguro médico voluntario a las personas no inscritas en el IMSS o en el ISSSTE, el cual se conoce como Seguro Popular.

Con el término “derechohabiente” se hace referencia a las personas que están afiliadas a instituciones de seguridad social o cuentan con el Seguro Popular y con ello tienen garantizado el acceso a los servicios médicos y/u otras prestaciones.

El XII Censo General de Población y Vivienda 2000 incluyó en su cuestionario preguntas con el objeto de identificar a la población que cuenta con derechohabiencia a los servicios de salud, así como la institución pública a la que está afiliada. Por su parte, en el tercer trimestre de 2004, en colaboración con el IMSS, el INEGI levantó la Encuesta Nacional de Seguridad Social 2004 (ENSS-2004) que generó información en torno a la seguridad social y el mercado de trabajo nacional.

A partir de la información de estas dos fuentes es posible verificar que desde la expedición de la Ley del Seguro Social en el año 1929, en el país se han hecho grandes esfuerzos para que el total de la población tenga acceso a la seguridad social; así la cobertura de la derechohabencia a los servicios de salud se incrementó de 40.1% según el censo del año 2000 a 44% en el año 2004.

Las personas de 60 años o más tienen una cobertura de la derechohabencia ligeramente mayor que el resto de la población. Esto se puede deber a varios factores: como fruto del trabajo desempeñado en su vida laboral o la de su pareja; que los hijos, haciendo uso de su derecho de dar de alta a la seguridad social a sus padres, los inscriban en las instituciones pertinentes; así como a la incorporación individual o colectiva de sujetos que por ley no tienen este derecho, pero que hacen aportaciones directas para tener acceso a los servicios de salud, dado que en esta etapa de la vida su condición física se ve disminuida y con ello las enfermedades tienen mayor presencia. No obstante lo anterior, la derechohabencia de los adultos mayores en el 2004 apenas rebasa los 50 puntos porcentuales.

Se debe señalar que la condición de derechohabencia a los servicios de salud para el grupo de adultos mayores no es homogénea entre los subgrupos, ya que a medida que se incrementan los años, disminuye la proporción de población con esta prestación. Así, 53.7% de la población de 65 a 69 años, es derechohabiente, mientras que entre las personas de 85 años o más este porcentaje se reduce alrededor de 12 puntos porcentuales.

En otras palabras, esto significa que 60.5% de los adultos más envejecidos carece de esta prestación, con lo que la atención a sus problemas de salud (a los que son especialmente propensos en estas edades) deberán ser enfrentados por ellos mismos o por sus familiares, a través del uso de servicios médicos en instituciones que brindan servicios de salud a la población abierta o aquéllas de carácter privado.

2.5.2 Derechohabiencia por tamaño de localidad

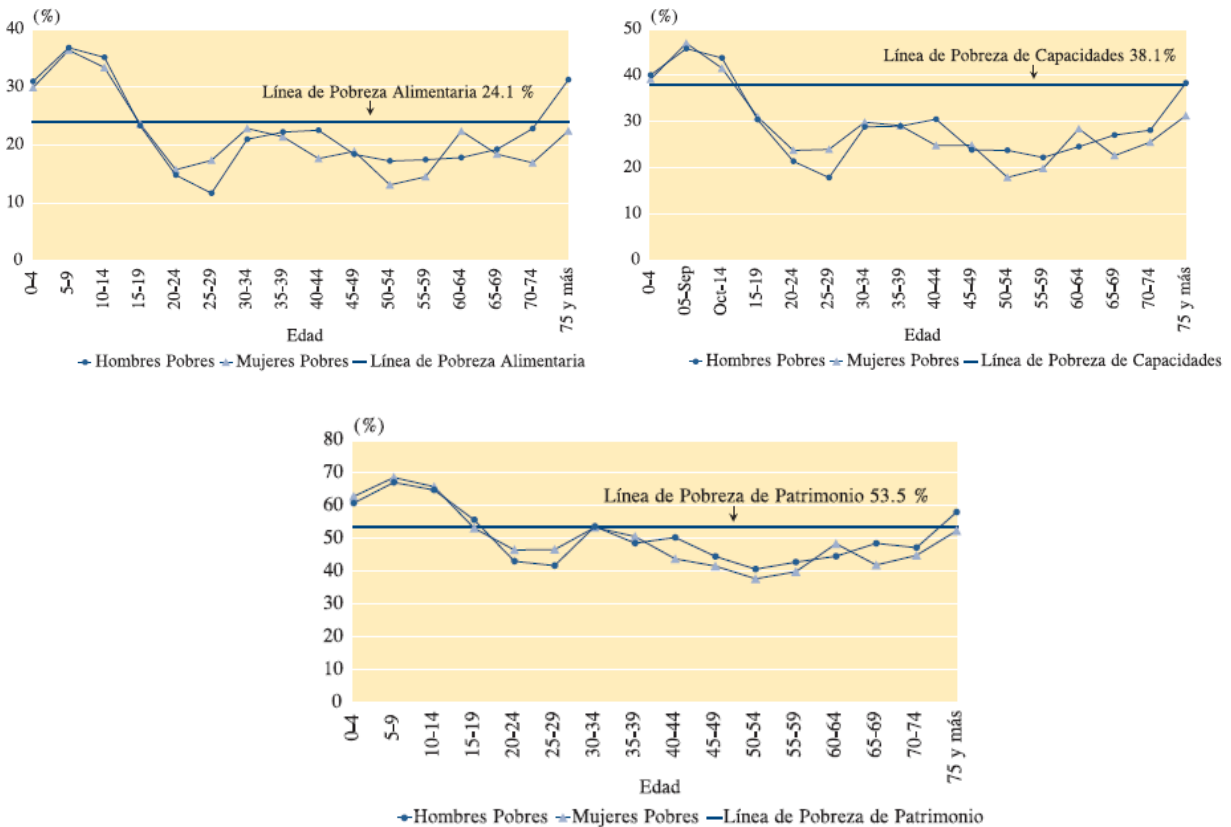
La seguridad social se encuentra estrechamente relacionada con el empleo formal, el cual es realizado principalmente en localidades urbanas; lo anterior repercute claramente en la condición de derechohabiencia de la población de tal manera que, según las cifras del censo, la proporción de población derechohabiente en localidades rurales apenas alcanzó los 16.7 puntos porcentuales, mientras que en las ciudades de 100 000 habitantes o más fue tres veces más alto (54.9 por ciento).

Este patrón se reprodujo fielmente para la población de 60 años o más, sin embargo, destaca que la cobertura para los adultos mayores fue siempre más alta, de tal forma que la proporción de población inscrita ante alguna institución de seguridad social en las localidades de 100 000 habitantes y más alcanzó en el año 2000 los 68.4 puntos porcentuales.

2.6 Discapacidad en la vejez

En México, el envejecimiento demográfico ocurre en un contexto de altos niveles de pobreza, profunda desigualdad en la distribución del ingreso, e insuficiencias en la creación de empleo, situaciones que alimentan la informalidad y la precariedad laboral. La pobreza se presenta con distintas intensidades a lo largo del curso de vida y afecta de manera desigual a hombres y mujeres. Uno de cada dos adultos mayores se encuentra en condiciones de pobreza patrimonial.

Tabla 31. Porcentaje de hombres y mujeres pobres según grupos de edad y tres líneas de pobreza, 2000



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en la ENIGH, 2000.

México tendrá que hacer frente a estos problemas a la vez que se prepara para adecuar sus instituciones a los desafíos del envejecimiento, a fin de que éste último no se traduzca en una carga adicional a los rezagos acumulados.

En el conjunto de todas las instituciones que la componen, la seguridad social solo protege a la tercera parte de la población económicamente activa, aquella principalmente asalariada en el sector formal urbano. Este ha sido un olvido más de la población marginada: la que trabaja en el campo, en el sector informal y la subempleada y desempleada. En estas condiciones apenas 24% de las personas de 60 años de edad y más tienen una pensión y la gran mayoría de estas son las mínimas legales con montos que están lejos siquiera de ser de subsistencia.

Pensar en una sociedad para todas las edades implica hacer un replanteamiento del curso convencional de la vida laboral, así como introducir modelos de trabajo y de atención más flexibles y personalizados que garanticen el derecho a una vida digna y al mismo tiempo el derecho a jubilarse con una pensión rentable en términos económicos.

2.6.1 Calidad de vida de las personas de la Tercera edad

Entender el envejecimiento, como un proceso individual inexorable, que se inicia desde el momento que nacemos y termina con la muerte. Debemos pensar que todos envejecemos día a día, que es una etapa ineludible de nuestras vidas. Lo importante es llegar a la vejez, la última etapa del proceso de envejecimiento, con calidad de vida, es decir, rodeado de condiciones no sólo materiales, sino afectivas, emocionales, que brinden un equilibrio tanto económico como social.

El concepto de calidad de vida en la tercera edad, eje central de esta investigación, no sólo se compone de aquellos aspectos objetivos, que tienen que ver con un ingreso adecuado para cubrir las necesidades básicas.

Sino que también se relaciona con aquellos aspectos subjetivos, como las percepciones de los adultos mayores, intereses, necesidades de participación, etc.; que apuntan a una vida de calidad y bienestar, tanto físico como social.

La calidad de vida es definida como: "Percepción de un individuo de su posición en la vida, dentro de un contexto de la cultura y del sistema de valores en donde vive y, en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes". Es un concepto de amplia gama, incorpora en forma compleja la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, personales, y creencias a los rasgos dominantes en su entorno.

Esta definición, supone una percepción subjetiva por parte de los adultos mayores, así como, también de las condiciones objetivas, en lo referente, a la provisión y disponibilidad de servicios para las personas de la Tercera edad. Es un concepto subjetivo-objetivo de valoraciones de satisfacción personal y social.

Si entendiéramos la concepción de vejez y pensáramos que envejecemos día a día, haríamos algo para alcanzar una mejor calidad de vida que nos permita un buen envejecer.

La calidad de vida en la tercera edad es un asunto trascendental, que afecta, no sólo a las personas mayores sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad. El envejecimiento plantea retos para los Estados y las sociedades.

El concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, al igual que las diferencias respecto de las anteriores etapas del ciclo de vida. También, es preciso identificar redes sociales, y de apoyo, los servicios sociales, entornos propicios y favorables, condición de salud, satisfacción que poseen los adultos mayores. Se identifican tres áreas, en las que se plantean desafíos, referidos al bienestar de las personas de la Tercera edad en el actual contexto social.

✧ En el ámbito de *los mercados*; tanto de trabajo, como de bienes y servicios, el aumento del número absoluto y relativo de personas mayores introduce modificaciones.

✧ En el ámbito de *la sociedad*; dicho proceso genera nuevas formas de organización de la familia, así como, diversas respuestas de la comunidad ante las nacientes demandas de bienestar de este grupo de la población.

✧ Y finalmente, en el ámbito del Estado; diseño de políticas para este sector, financiamiento de los sistemas de seguridad social, los cambios en la relación de dependencia económica entre generaciones y la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo.

La vejez es una categoría variable y heterogénea que comprende personas con intereses y necesidades diferentes. Las actuales intervenciones dirigidas a las personas mayores, pretenden mejorar la calidad de vida de esta población, el reconocimiento de sus derechos sociales y el ejercicio de la ciudadanía. Se busca mejorar la condición de vida, es decir, una situación económica que garantice el acceso y disfrute de los

recursos y servicios para lograr una vejez digna (ingresos, créditos, vivienda adecuada, salud, otros.) y la posición social de las personas de la Tercera edad, que comprende los aspectos estructurales, que determinan la ubicación de las personas mayores en el conjunto de la sociedad, como la imagen social, solidaridad intergeneracional, etc.

Estos objetivos implican garantizar la seguridad de ingresos, el acceso a los servicios sociales y sanitarios, como el fortalecimiento de redes de apoyo social, erradicación de la violencia contra el adulto mayor y la discriminación, fomentar una imagen positiva de la vejez y el empoderamiento de las personas de la Tercera edad.

2.6.2 Envejecimiento, pobreza y desigualdad social

El envejecimiento no es exclusivamente un proceso marcado por cambios sólo a nivel corporal, sino que también representa un mayor riesgo de contraer enfermedades, pérdida de facultades, falta de asistencia social, inadaptación a la jubilación y rechazo familiar, limitando así su poder de decisión y por lo tanto de autonomía.

El grado de autonomía con que desempeña estas funciones representa el grado de dependencia dentro de su contexto socio-económico y cultural. Por lo que la independencia actualmente se ha convertido en un indicador de salud en las personas de la Tercera edad y por lo tanto también de la calidad de vida entendiéndose como, el estado biológico, psicológico-social y económico en el que se encuentra la persona.

Lograr igualar criterios objetivos para medir la calidad de vida es un problema bastante complejo, ya que muchos de los elementos que constituye la calidad de vida se basan en la impresión del adulto mayor por consiguiente, los componentes personales son muchos, aspectos tales como vitalidad, satisfacción, logros y salud son cuestiones en las que la objetividad es difícil, sobre todo cuando se utiliza como fuente la autopercepción. La medición de la calidad de vida deberá de incluir seis dimensiones:

- 1) bienestar global,
- 2) aspectos físicos,

- 3) psicológico,
- 4) social,
- 5) funcional,
- 6) económico.

En síntesis podría decirse que “la calidad de vida es la percepción subjetiva del individuo con relación a su incapacidad incluyendo los aspectos de la vida y de la función humana, considerados esenciales para la vida plena”.

Junto a las problemáticas perspectivas sociales y económicas es necesario agregar que no se han creado las instituciones adecuadas de apoyo a la población envejecida. La seguridad social siempre ha sido limitada, se sustituye ahora por ahorros individuales que son inviables y el sistema de salud pierde capacidad para la atención a la vejez. Frente a estos escenarios uno de los riesgos más preocupantes es el envejecimiento como factor de pobreza.

Observamos que la nueva cuestión social está relacionada con las bases que pueden garantizar los derechos sociales de toda la población y, en especial, de las personas de la Tercera edad, las cuales, tienen cada vez, mayor protagonismo en las sociedades de todo el mundo, debido al aumento de la esperanza de vida por lo que debemos integrar en el juego social a las poblaciones invalidadas por la coyuntura y poner fin a la desafiliación que amenaza con dejar afuera del sistema, a gran parte de la población (Castel, 1997).

Las actuales transformaciones del trabajo y la protección social, están relacionadas no sólo con la exclusión social de grandes franjas de población, sino también, con situaciones de precariedad laboral y vulnerabilidad que describe la inestabilidad bajo la cual se inscribe el individuo en el tejido social.

Esta nueva realidad imprime cambios en la cotidianeidad de las personas de la Tercera edad, los cuales, generalmente, tienen una participación deficiente en el mercado laboral (menor salario y mayor inseguridad laboral) incrementando y diversificando situaciones de debilidad, con una gran incidencia de la pobreza y una alta y creciente

participación en el mercado informal, una persistente injusticia social y una baja cobertura de la seguridad social.

El fenómeno del envejecimiento se evidencia en nuestros días y se constituye en un problema político y económico. Observamos que, lograr el bienestar de este sector de la población es un tema de agenda política en todos los países del mundo.

2.7 Vivienda, entorno y envejecimiento

Los adultos mayores necesitan más y mejores cuidadores porque la atención que se presta en la actualidad no es la adecuada, “Hoy cualquiera es cuidador de las personas de la Tercera edad”, y en casi la totalidad de las familias mexicanas se pueden encontrar de uno a tres adultos mayores.

En México como en otras partes del mundo se presenta un fenómeno que desempeñan los adultos mayores que cuidan a otros, de forma que es posible encontrar madres de familia de 80 años que son atendidas por sus hijas de 60; una parte importante de los cuidadores son familiares, amigos o vecinos de la persona de la Tercera edad, que si bien realizan estas labores con la mejor intención no siempre están debidamente capacitados. Un error común es que un solo cuidador se dedique de tiempo completo a su paciente, cuando lo recomendable es que los miembros de la familia compartan la responsabilidad. Y es que el adulto mayor puede sentirse impedido, frágil o discapacitado para su vida normal e incluso sentir rabia por estar limitado.

La formación y capacitación de los recursos humanos en geriatría y gerontología en nuestro país cobran especial relevancia en la década de los 70, debido al incremento de la esperanza de vida, al aumento de las enfermedades crónicas y a la disminución en las tasas de mortalidad infantil, lo que da lugar al envejecimiento poblacional.

La formación, la capacitación y la educación continua del personal técnico y profesional que trabaja con la población de la Tercera edad se imparte con estrategias fundamentales para el diseño, implementación y evaluación de los modelos de atención

así como de programas multidisciplinarios que favorezcan una atención digna y con calidad para el bienestar de las personas adultas mayores.

La educación continua se torna fundamental cuando se trabaja con población adulta mayor, sobre todo más vulnerable y de alto riesgo, la atención inadecuada o la falta de la misma a este grupo representa un riesgo para su salud. Muchos países de la región (América Latina y el Caribe) acusan una falta de personal capacitado y sensibilizado para atender a este grupo poblacional siendo la formación y capacitación del recurso humano una de las estrategias que derivan del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, 2002) y de la reunión de Santiago de Chile del año 2003, donde se señala que “todos los adultos mayores tienen derecho a ser atendidos por personal de salud con formación y capacitación gerontológica”.

En este contexto, se destacan los enormes beneficios que representa el establecimiento de los mecanismos de preparación y especialización del personal, pues permite al trabajador tomar las mejores decisiones en la resolución de los problemas que afectan a las persona adultas mayores contribuyendo a su satisfacción personal y a la mejora del ambiente laboral.

La educación es medio fundamental para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura; es un proceso permanente que contribuye al desarrollo del individuo y a la transformación de la sociedad, y es “factor determinante para la adquisición de conocimientos y para formar al hombre de manera que tenga sentido de solidaridad social”.⁵

La capacitación es una actividad sistemática, planificada y permanente cuyo propósito general es preparar, desarrollar e integrar a los recursos humanos al proceso productivo eficiente y eficaz, mediante la entrega de conocimientos, desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para su mejor desempeño.

⁵ Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Nacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile del 19 al 21 de Noviembre de 2006.

La capacitación va dirigida al perfeccionamiento técnico del trabajador para que éste se desempeñe eficientemente en las funciones a él asignadas, producir resultados de calidad, dar excelentes servicios, prevenir y solucionar anticipadamente problemas potenciales.

La educación permanente o educación continua debe reconocer nuevos tipos y fuentes de conocimiento más allá de lo escolar, partir de las necesidades de aprendizaje, ser diversa, amplia, pertinente, accesible, no cronológica, flexible y abierta.

Sin embargo, cuando se tiene el conocimiento de conductas relacionadas con la salud en el adulto mayor, es posible contar con estilos de vida saludables.

Podríamos utilizar como definición de estilo de vida lo siguiente, “El estilo de vida se entiende como una conducta relacionada con la salud”. Según Pender (1996), es definido como “actividades discrecionales con impacto significativo en el estado de salud, que forman parte regular de un patrón diario de vida”, que significa esto, simplemente que en base a como vivamos las distintas etapas de nuestro existir, llámese alimentación, actividades físicas y sociales y aplicándolo a esta obra, se verá reflejado en nuestra vejez, o más correctamente dicho, en la salud física y mental de la misma.

En epidemiología (disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas); el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.

Por lo tanto, el estado de salud, suele ser reflejo de las medidas tomadas a lo largo de la vida en relación a los hábitos, costumbres, modas y valores que inducen a enfermar o a la progresión de la enfermedad.

En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Ya que también determina la capacidad física y mental

para la realización de actividades de la vida diaria, el profesional de enfermería responsable del cuidado de la salud del adulto mayor (gerontólogo) tiene como obligación promover estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida.

Es preocupante el escaso número que existe en nuestro país, de profesionales capacitados para brindar atención de salud a una cada vez más numerosa población de personas de la Tercera edad. Es muy notable en México, que una buena parte de la población aún tiene la creencia de que tratándose de salud relacionada con los adultos mayores, pueden ser atendidas sin necesidad de tener conocimientos gerontológicos y geriátricos. Mayormente, esto se debe a que nuestra cultura está basada principalmente en costumbres y esto a su vez contribuye a la poca información y conciencia pública acerca del fenómeno del envejecimiento poblacional, así como los propios prejuicios y estereotipos sobre la vejez, que repercuten negativamente en el acceso y calidad de la atención de salud que están recibiendo las personas de la Tercera edad.

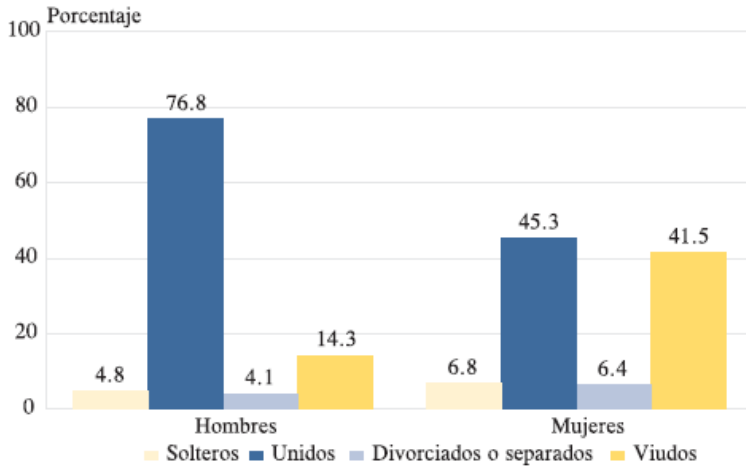
México actualmente no está preparado para asumir el reto del envejecimiento demográfico, por lo que no podrá atender las demandas de los adultos mayores en los próximos años si no comienza a implementar estrategias para la implementación de casas para la atención a personas de la Tercera edad, así también como difundir la cultura del envejecimiento activo.

En cuatro décadas en el país, uno de cada cuatro mexicanos tendrá 60 años o más, lo que podría ser dramático para las autoridades responsables debido a importantes rezagos en materia de servicios sociales que existen.

Por lo que se puede generar un colapso en el sistema de respuesta social médica y asistencial en las ciudades. Es necesario que se amplíe la cobertura de los programas sociales para la Tercera edad, mismos que en la actualidad están muy limitados; por lo tanto la inquietud no radica en que las próximas décadas haya más adultos mayores, sino en generar las condiciones de bienestar para lograr que en la etapa de la vejez las personas de edad, estén sanas, activas y participativas.

La vida en pareja durante la vejez es menos frecuente entre las mujeres. Ocho de cada diez hombres de 60 años y más se encuentran casados o unidos. En contraste, cinco de cada diez mujeres se encuentran viudas, divorciadas o separadas.

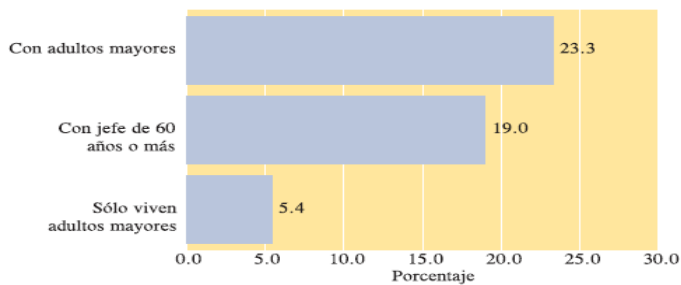
Tabla 32. Distribución de los adultos mayores según estado conyugal por sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

En uno de cada cuatro hogares hay un adulto mayor, y en uno de cada veinte solo viven adultos de la Tercera edad. El cuidado a la vejez en México recae principalmente en la familia, por lo que la composición del hogar en el que residen los adultos mayores puede incidir en forma importante en su bienestar físico y emocional, lo que indica que la mayoría de las personas de la Tercera edad en México residen con otros familiares de menor edad.

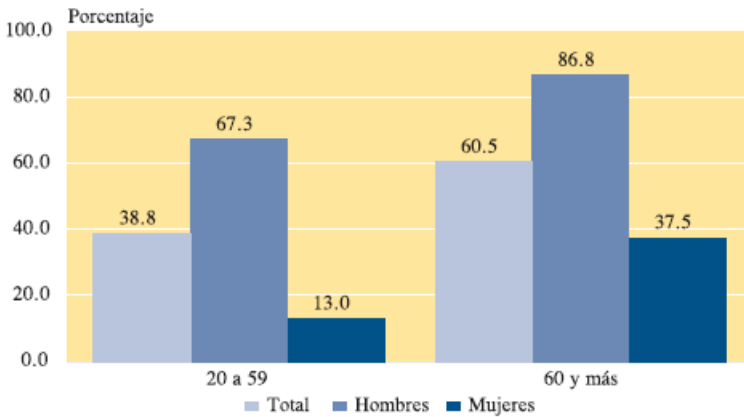
Tabla 33. Proporción de hogares por características seleccionadas, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

En la mayoría de los hogares donde hay personas de la Tercera edad, uno de ellos es el jefe.

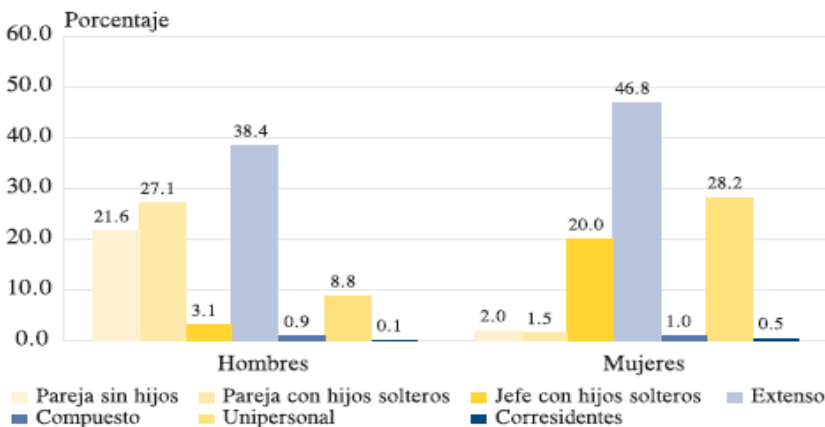
Tabla 34. Tasas de jefatura por edad y sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Existen importantes diferencias en la composición de los hogares dirigidos por hombres y mujeres. La ausencia de pareja es una condición casi indispensable para que las mujeres en edades avanzadas asuman la jefatura del hogar.

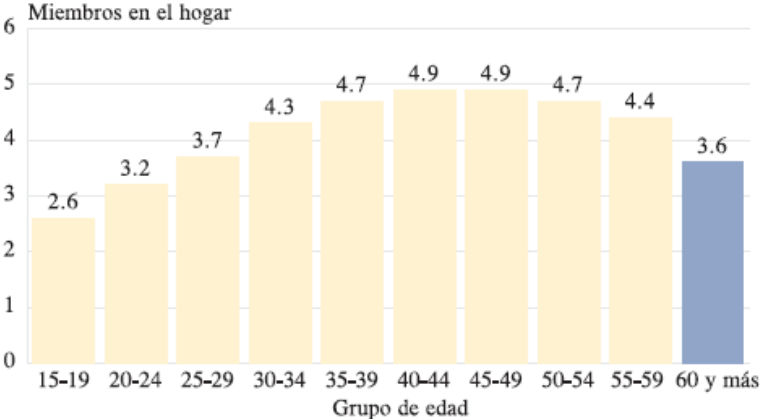
Tabla 35. Distribución de los hogares jefaturados por adultos mayores según tipo de sexo, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Los hogares encabezados por las personas de la Tercera edad tienen un tamaño promedio inferior al de la media nacional (3.6 miembros). Lo anterior se relaciona estrechamente a la salida de los hijos del hogar y la viudez. Es previsible que este indicador decrezca en las próximas décadas, en la medida en que arriben a las edades avanzadas las generaciones con menor fecundidad.

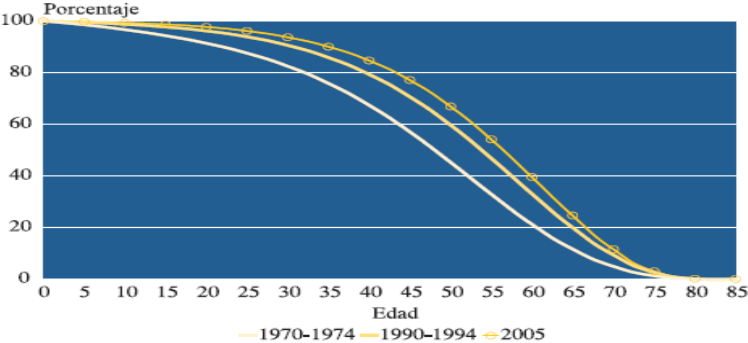
Tabla 36. Tamaño promedio del hogar según edad del jefe, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Es cada vez más frecuente que las personas alcancen las edades avanzadas con alguno de sus padres aún vivo. Esto significa que un número creciente de adultos mayores deberán no sólo enfrentarlos retos de su edad, sino también brindar cuidados a sus padres en edades muy avanzadas.

Tabla 37. Porcentaje de mujeres con su madre sobreviviente a cada edad, México 1970-1974, 1990-1994 y 2005



Fuente: Estimaciones y proyecciones del CONAPO.

2.7.1 Hogares unipersonales

La vivienda como concepto “universal” hace referencia al elemento material que cubre las funciones de alojamiento y refugio para las personas que la habitan. Sin embargo, son muchos los enfoques y los puntos de vista desde los cuales podrían establecerse otro tipo de definiciones para referirse a la vivienda como objeto de mercado, consumo, producción, elemento físico de la realidad social, inversión, patrimonio, etc. Cada uno de estos enfoques señala una dimensión particular de la vivienda en relación a determinadas estructuras, funciones o procesos, en los cuales puede verse implicada y la han llenado de un contenido social arraigado en cada sociedad con significados diferentes. La divergencia de formas de habitar que surgen ante una necesidad de carácter universal, señala la necesidad de considerar a la vivienda como un producto social personalizado en cada cultura y en cada sociedad con parámetros y estándares particulares para adaptarse a cada realidad (Pezzeu-Massabuau, 1988).

La riqueza sociológica de los procesos residenciales se debe al papel que la vivienda juega como canal de interconexión entre dinámicas individuales y sociales. En la vivienda descansa una parte importante de los proyectos vitales de las personas que en unas ocasiones deberán adaptarse a las condiciones estructurales de cada contexto, y en otras se verán modificados por la adecuación o falta de adecuación de la vivienda en relación a sus proyectos y necesidades.

El tamaño y estructura del hogar se puede considerar en función de tres factores: 1) las posibilidades sociales y económicas de la familia, que están sujetas a las limitaciones demográficas especialmente vinculadas con la mortalidad y la fecundidad, las imposiciones ligadas a la oferta de vivienda (que varían según las necesidades climáticas, disponibilidad de vivienda, facilidad para construir y decisiones monetarias) y limitaciones económicas relacionadas con la capacidad financiera para adquirir una vivienda y mantener un hogar; 2) la necesidad o conveniencia, que incluye factores como la dependencia de hijos menores, la existencia de enfermos y personas envejecidas, necesidades de trabajo (sea para atender a personas dependientes,

quehaceres domésticos y trabajo en el hogar); y 3) la preferencia, que incluye factores como normas e ideas culturales, deseos individuales de privacidad, autonomía, compañerismo, solidaridad familia (Bursh, 1976).

2.7.2 Vivienda particular

El entorno vital de las personas mayores, según Carp, se define por una matriz de elementos entre los cuales se encuentran la vivienda, el transporte, comercio, ocio, servicios médicos y oportunidades sociales. Su visión transaccional de las relaciones entre las personas y su entorno, por un lado, y el reconocimiento de las personas mayores como un grupo sociológico y residencialmente heterogéneo le sirven para argumentar un proceso de formación de necesidades residenciales "a la carta", cuya solución deberá ser igualmente específica.

Los elementos principales del entorno vital para las personas mayores son:

- Edad y propiedad de las unidades de vivienda
- Condiciones físicas (deterioro) y disponibilidad de fondos para reparaciones y mantenimiento
- Localización en relación a los servicios necesitados por esta población
- Proximidad a áreas comerciales y de recreo
- Proximidad de familiares y edad de los coetáneos
- Accesibilidad y posibilidades de utilizar el transporte
- Armonía o trato en el medio circundante (iluminación, estado de las calles, seguridad, abandono, presión de los vendedores)

Entre 40 y 60 por ciento de los mayores de 60 años no reciben ingresos provisionales ni laborales y se ven forzados a vivir en grupos familiares extendidos (ONU, 2000). La convivencia familiar y, en general, las relaciones familiares idealmente serían fuente importante de apoyo y de afecto. Sin embargo, en mucho se convierten en motivos de conflicto, en particular entre las diferentes generaciones. La autonomía como ideal no es una situación difundida, debido principalmente a limitaciones económicas, es así que

la co-residencia de las personas de la Tercera edad con hijos casados no es una situación deseable; los hogares que si se conforman en convivencia lo hacen ante la presencia de una necesidad y con base en un sentimiento de solidaridad.

2.7.3 Características de las viviendas por tamaños de localidad

La incorporación de la perspectiva del curso de vida y el ciclo de los hogares al estudio de los comportamientos residenciales ha dado resultados muy satisfactorios en el análisis de los cambios residenciales.

Desde esta perspectiva, los cambios residenciales son atribuidos a una progresión de estadios vitales y evoluciones asociadas a varias condiciones residenciales como pueden ser dejar el hogar de los padres, matrimonio, crecimiento de los hijos, nido vacío y jubilación (Clark Dieleman, 1996), plantearon que los cambios que experimentan los hogares (ciclo del hogar) y sus miembros (curso de vida, trayectorias laborales) se traducen en necesidades residenciales diferentes como consecuencia de la estrecha relación entre los hogares y vivienda.

Esto es, la trayectoria residencial ('housing career'), según ellos, se encontraba marcada por la biografía de los hogares y sus miembros. Aunque se podía objetar que estarían hablando de un emparejamiento perfecto o ideal entre hogares y vivienda, ya que si bien la falta de ajuste entre hogares y vivienda podría ser un mecanismo lógico de formación de necesidades, hay que tener en cuenta que no todos los hogares se encuentran en condiciones de resolver sus necesidades residenciales a través de cambios. Por lo que las fisuras en esta relación no siempre vienen acompañadas de cambios en la trayectoria residencial.

En la misma línea, Bonvalet (1990) sostiene que una parte de la problemática residencial de los hogares surge en relación a la adecuación del alojamiento familiar al curso del ciclo vital, de forma que algunas prácticas residenciales como la movilidad, se asocian a ciertos cambios o momentos decisivos que marcan el paso entre una y otra etapa, como puede ser el caso de la jubilación.

El censo de población considera como vivienda particular aquella destinada al alojamiento de una o más personas que forman uno o más hogares. Dentro de éstas se ubican las casas independientes (que se distinguen porque no comparten alguno de sus componentes materiales con otra vivienda) y los departamentos en edificio, que se caracterizan por formar parte de una agrupación de viviendas (que comparten pared, techo o piso).

También en este conjunto se ubican las viviendas o cuartos en vecindad (cuyo atributo principal es que comparten con otras viviendas algunos de los servicios tales como el agua entubada o el sanitario), los cuartos de azotea (que forman parte de una vivienda, pero que en el momento censal están habitados de forma independiente porque lo rentan o lo tienen en préstamo), los locales no construidos para habitación, las viviendas móviles y los refugios.

La calidad de los materiales predominantes en la estructura de las viviendas, permite tener una percepción más clara de las condiciones de resguardo, seguridad e higiene que brindan a los ocupantes y sus bienes.

La vivienda debe garantizar la disponibilidad de servicios que faciliten y mejoren las condiciones de vida en su interior, tales como la electricidad (iluminación y energía eléctrica), el agua entubada (condiciones de higiene), el drenaje y el servicio sanitario dentro de la vivienda (eliminación de residuos).

2.7.4 Modelos gerontológicos

*Los albergues o estancias permanentes y/o temporales: son centros donde se atiende de manera integral las 24 horas del día, los 365 días del año a personas de la Tercera edad que requieren servicios de estancia prolongada por razones personales y/o familiares, para favorecer su bienestar; ofreciendo una vida digna en un entorno seguro y decoroso para cubrir sus necesidades básicas, promoviendo su desarrollo humano integral, optimizando su nivel de autonomía, brindándosele respeto, apoyo y seguridad con alto sentido profesional y humano, al mejorar la calidad de vida del usuario y procurando su reintegración social y familiar.

Respecto al alojamiento, los usuarios cuentan con habitaciones seguras, dignas, aseadas, ventiladas e iluminadas, disponen de un espacio suficiente entre cama y cama, poseen un buró y un clóset para su confort, seguridad y sentido de pertenencia.

Se brinda alimentación de buen aspecto y sabor, en calidad y cantidad suficiente, elaborada con medidas higiénicas de acuerdo con la indicación médica, considerando el estado de salud y actividad física, lo que favorece una adecuada nutrición.

Se proporciona vestido acorde con las necesidades físicas, climáticas y de salud de las personas de la Tercera edad, teniendo en consideración sus gustos, usos y costumbres para favorecer un aspecto digno.

Se realiza un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que investiga atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social de las personas adultas mayores, a través de un plan coordinado que permita recuperar o mantener la funcionalidad e independencia del adulto, así como establecer el tratamiento oportuno mediante acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras (historial clínico).

Se otorga también atención médica programada a todos los usuarios dando seguimiento a su estado de salud biopsicosocial para un mejor control de padecimientos crónicos.

Las actividades de rehabilitación se desarrollan según sus condiciones físicas, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud en la esfera cognoscitiva, afectiva y funcional de las personas de la Tercera edad, con la intención de mejorar o retrasar el deterioro cognitivo, reintegración social y mejora de la fuerza y arcos de movimiento para su funcionalidad.

Las actividades culturales y recreativas se efectúan constantemente para conservar y optimizar las funciones mentales superiores, las habilidades y destrezas psicomotoras y facilitar su socialización, favoreciendo una sensación de bienestar y una mejor integración entre usuarios y personal.

*Centros de día.- Centros que atienden a personas de 60 años de edad y más que por sus condiciones de vulnerabilidad no pueden permanecer solas en sus domicilios y requieren la atención integral especializada para su seguridad, salud y bienestar, este modelo permite que las personas de la Tercera edad socialicen participando en actividades lúdicas y de reactivación y al mismo tiempo continúen dentro de su núcleo familiar, al fomentar el autocuidado.

Este modelo es una instancia en la que se ofrece atención integral a las necesidades biopsicosociales de las personas adultas mayores; además de servicios médicos, donde encuentran un espacio que les permite convivir con personas que comparten sus mismos intereses, regresando por la tarde a su hogar para disfrutar a su familia, favoreciendo a la integración comunitaria.

Se proporciona alimentación balanceada de acuerdo con la indicación médica (desayuno y comida), considerando su actividad física para una buena nutrición y control de sus enfermedades, supervisándose su ingesta.

Se lleva a cabo la reactivación física con base en un programa que incluye las capacidades físicas y necesidades para mejorar la fuerza y arcos de movimiento articular, mejorando al mismo tiempo su ansiedad, estrés y sobrepeso, en caso de existir, reforzando su autonomía.

Se promueve la salud a través de pláticas basadas en la educación sanitaria y enfocada a mejorar la esfera biopsicosocial de las personas de la Tercera edad con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida y socialización.

Se realizan sesiones de estimulación con el propósito de retrasar su deterioro cognitivo y fortalecer la capacidad de aprendizaje, a través de actividades lúdicas como movimientos corporales, musicales, caras y gestos, asociación de palabras, uso del dinero, juego de números, acertijos y adivinanzas.

Caminata, baile, juegos al aire libre, jardinería, cine club, canto, taller de lectura y escritura son acciones que las personas adultas mayores eligen realizar para su

beneficio físico y mental, lo que les permite tener estabilidad emocional, esparcimiento, socialización y motivación.

Entre las actividades que favorecen su destreza manual, rehabilitación y creatividad están los cursos de reciclado, cerámica, pintura y juguetería, permitiéndoles una mejor integración social.

También, se organizan actividades para recordar eventos cívicos, convivir y disfrutar de festejos a fin de tener un envejecimiento activo y saludable.

*Centros de atención integral.- Unidades donde se proporciona atención médica especializada con el objetivo de conservar o recuperar la salud mediante acciones preventivas, curativas y de rehabilitación a las personas de 60 años de edad y más que requieran servicios de calidad a bajo costo. Favoreciendo a través de la consulta sus condiciones de salud con programas sanitarios, propiciando su integración a la vida familiar, social y laboral.

Se brinda atención médica sustentada en principios científicos, éticos y sociales, comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, que se llevan a cabo por el médico, la enfermera y otros profesionales, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud de las personas de la Tercera edad.

En la consulta externa se abrirá un expediente clínico para lograr un control en la salud que permita restablecerlo de las patologías que presenta y de ser necesario se dará seguimiento con interconsultas de especialidad en psicología, odontología, laboratorio dental, servicios de laboratorio y gabinete, cardiología, optometría, orientación nutricional, otorrinolaringología, audiología, audiometría, dermatología, endocrinología, ginecología, geriatría, ortopedia, y reumatología.

*Centros culturales.- Son espacios que ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano mediante actividades de educación, capacitación, manualidades, actividades culturales, recreativas y deportivas. Se imparten materias y talleres a través de un sistema formal de enseñanza, flexible y acorde con las características del aprendizaje de las personas de la Tercera edad.

Son lugares donde pueden utilizar productivamente el tiempo libre, realizar actividades ocupacionales, educativas, físicas y recreativas, y al mismo tiempo mantener, incrementar y fortalecer sus redes sociales, mejorando su bienestar biopsicosocial y elevando su calidad de vida.

Se ofrecen a las personas adultas mayores un espacio digno y seguro en que reciben atención con calidad en las áreas de humanidades, psicología, lenguas extranjeras, iniciación artística, talleres de artesanías y artes plásticas, labores artesanales, educación para la salud y cultura para las personas de la Tercera edad, que les permita recibir información, actualización, capacitación y adiestramiento para mantenerlos física y mentalmente activos dentro de su núcleo familiar y su comunidad, propiciando de esta manera un envejecimiento activo y saludable.

*Club.- Son espacios comunitarios donde se promueven actividades que ayudan a las personas de la Tercera edad a su socialización, lo que contribuye a mejorar la autoestima y a continuar integrados a su comunidad.

Los clubes son un modelo de atención para los adultos mayores en primera instancia por el incremento de este sector poblacional y como estrategia para proporcionar un servicio para mejorar la calidad de vida de este grupo. Están constituidos con un enfoque de derechos con perspectiva del ciclo vital y establecen una política educativa, cultural y social con carácter incluyente.

A través de los clubes se crean formas de prevención más efectivas en cuanto a información y participación de esta población, fomentando la intervención de la familia como factor trascendental para que las personas de la Tercera edad continúen desarrollándose en un entorno propicio y favorable; impulsando alternativas de solución que satisfagan sus necesidades e intereses.

Los servicios que se brindan en estos lugares son médicos, orientación jurídica, recreación (física y deporte), voluntariado, psicología, educación continua (capacitación), bolsa de trabajo y preparación académica; promoviendo así el desarrollo comunitario, la asesoría y seguimiento de grupos de la Tercera edad en México.

Capítulo III: Marco Normativo

Los derechos de las personas mayores han ido cobrando importancia para los gobiernos y desde hace algunos años esta preocupación se ha traducido en la creación de marcos legales de protección. Sin embargo, existe una amplia brecha entre la situación de iure y de facto, porque persisten insuficiencias en el ejercicio efectivo de estos derechos y, hoy en día, una parte importante de la población de la Tercera edad carece de acceso a prestaciones de seguridad social, servicios de salud o servicios básicos.

En la mayoría de los casos, esta vulnerabilidad no radica en la edad, sino en una generalizada precariedad de los dispositivos de protección establecidos por los Estados. En otros casos, son expresión de una abierta desigualdad en función de los ingresos o bien de una escasa consideración de las necesidades de este grupo social como un asunto de política pública, producto de la arraigada concepción de que los problemas de la vejez son de orden privado y no objeto de solidaridad colectiva.

En América Latina y el Caribe los países más pobres y con menor desarrollo institucional son los que presentan un envejecimiento demográfico menos avanzado. El cambio de la estructura etaria puede entrañar beneficios tangibles para estos países, por el hecho de crear oportunidades derivadas de una relación cada vez más favorable entre la población de edades dependientes y la población en edad de trabajar.

Para estos países los desafíos se centran, por una parte, en desarrollar una visión a largo plazo que permita prestar atención en la agenda actual al proceso de envejecimiento poblacional, sin dejar de atender la apremiante demanda de solución de problemas coyunturales y, por otra, elevar la calificación de los recursos humanos y ampliar la capacidad de los sectores productivos para asegurar su utilización efectiva, de tal modo que esas oportunidades no sean un mero espejismo.

En los países donde el envejecimiento está ad portas —por lo que el tiempo para actuar es limitado—, no se pueden replicar las alternativas aplicadas en los países

desarrollados, porque las realidades económicas, institucionales e históricas son distintas. Por lo tanto, enfrentan el reto de trazar alternativas propias para abordar este fenómeno, sin perder de vista asuntos básicos relacionados con la convivencia y solidaridad entre generaciones.

Es indispensable que el envejecimiento de la población no sea un asunto circunscrito únicamente a la actual generación de personas mayores. Como se describe en esta investigación, la consideración del tema en todas las áreas de la agenda pública, las leyes y políticas que se formulen sobre la materia, así como los recursos presupuestarios que se les asignen, tendrá un efecto en toda la sociedad. Lo esencial, desde esta perspectiva, es determinar cómo avanzar hacia la construcción de sociedades más cohesionadas, democráticas e incluyentes.

Como en cualquier otra esfera de la política pública, la forma de enfrentar los desafíos que plantea el envejecimiento depende de decisiones sobre los mecanismos y las posibilidades de cohesión social en la sociedad.

Se trata de afianzar la relación recíproca entre las generaciones actuales y avanzar sin comprometer el futuro de las venideras. En este contexto, es fundamental evaluar la situación presente, enfrentar los rezagos que persisten y avanzar gradualmente en la expansión de la protección social, de tal modo que llegue a cubrir a toda la población.

La CEPAL ha dado especial importancia a este tema y ha insistido en la ampliación de la cobertura y el perfeccionamiento de la calidad de los sistemas de protección social para defender a las personas frente a los riesgos derivados de la enfermedad, la vejez, la invalidez y la muerte, entre otras situaciones de vulnerabilidad. Por consiguiente, la titularidad de derechos sociales encarna la efectiva pertenencia a la sociedad, pues implica que todos los ciudadanos están incluidos en la dinámica de desarrollo y pueden disfrutar del bienestar que este propicia (CEPAL, 2007). En la vejez, en particular, ello pone un freno a las desigualdades acumuladas durante la vida y, a la vez, disminuye la probabilidad de la transmisión intergeneracional de las desventajas.

Envejecimiento en el marco de un desarrollo basado en derechos

A. El enfoque de derechos, el desarrollo y el desafío de una sociedad para todas las edades

En su trigésimo primer período de sesiones (marzo de 2006), la CEPAL planteó que “El principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales” (CEPAL, 2006). Desde esta perspectiva, se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades, que deben ser asistidas, sino sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad (Abramovich y Courtis, 2006; OACDH, 2004; CEPAL, 2006). La persona, por lo tanto, es el sujeto central del desarrollo y las garantías consagradas en el régimen universal de protección de los derechos humanos constituyen el marco conceptual aceptado por la comunidad internacional, capaz de ofrecer un sistema coherente de principios y reglas para guiarlo (Abramovich, 2004; CEPAL, 2006). Este enfoque también permite establecer las obligaciones de los Estados frente a los derechos (económicos, sociales, culturales, civiles y políticos) involucrados en una estrategia de largo plazo.

3.1 Las obligaciones contraídas por los Estados respecto de los Derechos Humanos

Obligación de respetar: los Estados partes deben abstenerse de interferir en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en los instrumentos de derechos humanos.

Obligación de proteger: los Estados partes deben impedir la violación de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) por parte de terceros, por ejemplo, promover la protección del medio ambiente por las empresas o sancionar la discriminación en instituciones privadas.

Obligación de promover: los Estados partes deben realizar prestaciones positivas, para que el ejercicio de los derechos no sea ilusorio.

Esta obligación implica organizar todo el aparato gubernamental para que sea capaz de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Velásquez Rodríguez 29/7/1988).⁶

En América Latina y el Caribe, el enfoque de derechos humanos ha adquirido una importancia relativamente reciente como horizonte normativo y programático del desarrollo (CEPAL, 2006), por lo que es cada vez más frecuente el despliegue de leyes que especifican ciertos derechos o esfuerzos sociales e institucionales dirigidos a formular políticas públicas desde este ángulo (Guendel, 2000). En la región, además, todos los Estados ratificaron al menos tres de los siete principales tratados de derechos humanos vigentes en 2006 y, como consecuencia de ello, tienen obligaciones jurídicas internacionales vinculantes.

La integración de los derechos humanos en el desarrollo contribuye a que las medidas puestas en práctica consideren la situación específica de los individuos y grupos vulnerables, marginales, desfavorecidos o socialmente excluidos (OACDH, 2004; CEPAL, 2006). Ello coadyuva a superar la lógica de los marcos conceptuales y normativos a partir de los que se han construido las políticas públicas y las instituciones de desarrollo que, tradicionalmente, se han erigido desde concepciones estandarizadas de la humanidad, donde algunos atributos —lo masculino, la adultez y determinado origen étnico— son los ejes que erigen la identidad, la constitución del sujeto y de la ciudadanía. En este contexto, las especificidades de mujeres, indígenas, personas con discapacidad o personas de la Tercera edad, por ejemplo, no han sido contempladas de forma plena.

El enfoque de desarrollo basado en derechos, en cambio, propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquellas y aquellos, que en el pasado fueron excluidos, en el presente sean tratados

⁶ Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina, Santiago de Chile, 2007

sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos” (Naciones Unidas, 1995).

El proceso de envejecimiento de la población abre nuevas posibilidades para este enfoque y, como corolario, para la construcción de ciudadanías del siglo XXI. Primero, alienta a conciliar las necesidades e intereses de todos los grupos de la sociedad para avanzar hacia una plena integración social, donde cada persona, independiente de su edad, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar (Naciones Unidas, 1995). Segundo, irrumpe o se consolida un nuevo sujeto social que reclama un tratamiento particular en razón de su edad y, tercero, introduce nuevas vindicaciones para expandir, especificar y profundizar los derechos humanos.

La legitimidad de ambos puntos de vista es evidente, ya que las personas mayores, al igual que otros grupos sociales, han disfrutado de un ejercicio limitado de igualdad y de libertad, producto de desigualdades explícitas —en cuanto a situación y a derecho— y a que las políticas públicas muchas veces no han tomado en cuenta sus necesidades (Naciones Unidas, 1995).

Desde este ángulo, uno de los desafíos centrales del desarrollo basado en derechos es cómo contribuye a la construcción de una sociedad con cabida para todos y todas, donde las personas, independiente de su edad o de otras diferencias sociales, tengan las mismas oportunidades para hacer efectivo el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

B. El consenso en torno a los derechos, la protección social y las modalidades de inclusión de las personas mayores

En 2006, la CEPAL planteó la necesidad de alcanzar un nuevo consenso político en relación con la sociedad que se quiere construir, a fin de conjugarlas conocidas

restricciones económicas, las debilidades institucionales y las demandas de los grupos sociales titulares de derechos.

Esta propuesta fue acogida por los países miembros de la Comisión en la resolución 626 de 2006, en que se reconoce que “la protección social en América Latina y el Caribe debe ser objeto de un cambio de enfoque en respuesta a los cambios que se dan a nivel global y que repercuten en nuestras sociedades, y su mejora potencia las sinergias positivas entre equidad social, democracia participativa y crecimiento económico”.

Para armonizar una agenda de derechos humanos con las exigencias a que se ven sometidos los países en el momento actual, la CEPAL propone un nuevo pacto de protección social que contenga tres dimensiones (normativa, procesal y de contenidos) para avanzar hacia el ejercicio de los derechos ciudadanos por parte de todos los grupos sociales. Es necesario, entonces, realzar las demandas específicas de determinados sectores —hasta ahora invisibles para la agenda del desarrollo—, con el fin de que este nuevo pacto los incluya integralmente.

En el caso de las personas de la Tercera edad, la estrategia incluye el desarrollo y aplicación de conceptos y contenidos particulares en cada una de las dimensiones antes mencionadas.

3.2 La dimensión normativa

Las acciones públicas y las instituciones encargadas de la atención de personas mayores deben basarse explícitamente en las normas internacionales sobre derechos humanos, puesto que están protegidas por instrumentos vinculantes de derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo adicional

en materia de derechos económicos, sociales y culturales (en adelante el Protocolo de San Salvador), entre otros.

En el Protocolo de San Salvador, se establece específicamente la protección de las personas mayores en su artículo 17, donde los Estados partes se comprometen a proporcionar de manera progresiva instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica especializada a las personas mayores que carezcan de ellas, crear programas laborales destinados a concederles la posibilidad de realizar una actividad productiva y a estimular la formación de organizaciones sociales que mejoren su calidad de vida. A la fecha, el Protocolo ha sido ratificado por 14 países de la región: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay.

Los derechos de las personas de la Tercera edad, sin embargo, no han sido estandarizados en un instrumento vinculante como ocurre con otros grupos sociales — mujeres, niños y personas con discapacidad. En este sentido, la jurisprudencia y doctrina de los comités de los tratados tienen una importante función para avanzar en la comprensión de los derechos en la vejez.

Los comités por medio de sus comentarios generales o sus recomendaciones a los Estados, definen con mayor precisión las principales obligaciones en relación a los Pactos de derechos humanos, así como el contenido de los derechos protegidos por estos instrumentos. Así lo hizo el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1995 en su Observación General N° 6, donde aborda los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores orientando a los Estados partes para que comprendan mejor sus obligaciones hacia las personas de edad cuando apliquen diversas disposiciones de este instrumento (Naciones Unidas, 1999).

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: CONTENIDOS DE LA OBSERVACIÓN GENERAL N° 6

Artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) Interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)

Igualdad de derechos para hombres y mujeres (artículo 3)

Los Estados partes deberían prestar atención especial a las mujeres de edad avanzada y crear subsidios no contributivos u otro tipo de ayudas para todas las personas que, independiente de su género, carezcan de recursos para alcanzar una edad especificada en la legislación nacional.

Derecho al trabajo (artículos 6, 7 y 8)

Los Estados partes deben adoptar medidas que eviten la discriminación por edad en el empleo y la profesión, garanticen condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación, otorguen empleo a trabajadores de edad avanzada que les permita hacer mejor uso de su experiencia y conocimientos, además de poner en marcha programas de jubilación reparatorios.

Derecho a la seguridad social (artículo 9)

Los Estados partes deben fijar regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, establecer una edad de jubilación flexible, proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional, no hayan finalizado el período de calificación contributivo y no tengan derecho a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda y carezcan de ingresos.

Derecho de protección a la familia (artículo 10) Los gobiernos y las ONG deben crear servicios sociales en apoyo de la familia cuando existan personas mayores en el hogar,

y aplicar medidas especiales destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a las personas de edad avanzada.

Derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11)

Las personas mayores deberían lograr satisfacer necesidades básicas de alimentación, ingresos, cuidados, autosuficiencia y otras. También establece el desarrollo de políticas que favorezcan la vida en sus hogares por medio del mejoramiento y adaptación de sus viviendas.

Derecho a la salud física y mental (artículo 12)

Supone efectuar intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez con una perspectiva del ciclo de vida.

Derecho a la educación y cultura (artículo 13)

Debe ser abordado desde dos ángulos diferentes y a la vez complementarios: i) el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas educativos; y ii) poner sus conocimientos y experiencias a disposición de las generaciones más jóvenes.

3.3 La dimensión procesal

La legislación y las políticas sobre envejecimiento deben promover y proteger los derechos y libertades fundamentales en la vejez. Para que se concreten, se requiere que los poderes políticos establezcan los medios y los recursos con que se harán efectivos, como la constitucionalización de derechos, la creación de leyes especiales de protección y las políticas o planes de acción para garantizar los derechos de las personas de la Tercera edad. Asimismo, es necesario asignar presupuestos que financien las disposiciones normativas y políticas a las que un país se compromete.

Existen tres criterios básicos para que la dimensión instrumental sea efectiva: la no discriminación, la progresividad y la participación. De acuerdo a distintos instrumentos internacionales de derechos humanos, se entenderá por discriminación de las personas

mayores “cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales” (Vásquez, 2004).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha identificado a las personas de la Tercera edad como uno de los grupos susceptible de sufrir discriminación en materia de derechos, recomendándoles a los Estados: i) revisar sus legislaciones y eliminar cualquier discriminación de iure o de facto; ii) sancionar normas que protejan a las personas mayores contra la discriminación, y iii) establecer medidas de discriminación positiva cuando se equiparen las oportunidades de las personas mayores con otros grupos sociales en el disfrute de determinados derechos (Abramovich y Courtis, 2006).

Si bien el criterio de progresividad reconoce que no se pueden realizar plenamente todos los derechos en un corto lapso de tiempo, ello no significa que el Estado pueda aplazar de forma indefinida su cumplimiento o que lo haga una vez alcanzado un determinado nivel de desarrollo económico. La progresividad también implica una obligación de resultados, por lo que el Estado debería demostrar avances cuantitativos y cualitativos en el proceso de alcanzar la plena realización de los derechos. Asimismo, entraña una limitación en cuanto a la adopción de medidas regresivas, por el principio de no retroceso aplicable a los derechos humanos (Huenchuan y Morlachetti, 2007).

En definitiva, los Estados deberían planificar las medidas necesarias para hacer efectivos los derechos de las personas mayores, ya que la realización progresiva requiere de metas, indicadores y puntos de referencia respecto de la realización de los mismos (OACDH, 2004). La opinión de las personas mayores debería ser considerada en el proceso de determinación de estos puntos de referencia, además de incorporar a este grupo etario en las instancias de rendición de cuentas en relación con los avances y promover su participación. Es necesario, entonces, informar, diseminar, divulgar los derechos y libertades de tal forma que sean conocidos y ejercidos por las personas de la Tercera edad y las organizaciones que las representan (Vásquez, 2004), lo que

requiere de mecanismos concretos para ejercer su derecho a la participación y el acceso a la información adecuada para mejorar su capacidad de incidencia.

3.4 La dimensión de contenidos

La dimensión de contenidos se expresa en acciones concretas de aplicación y de responsabilidad, que se ponen en práctica mediante programas sectoriales o específicos dirigidos a personas mayores (salud y vivienda, entre otros), considerando en especial que su orientación y sus prestaciones o servicios permitan avanzar en el cumplimiento de los derechos en la vejez. Como características básicas, estos programas deben ser universales y contar con mecanismos para hacer exigibles las prestaciones y servicios (CEPAL, 2006).

A esta dimensión se asocian la responsabilidad y exigibilidad del enfoque de derechos humanos, que se refieren a la creación y el desarrollo de mecanismos de cumplimiento de las obligaciones por parte del Estado. Estos mecanismos pueden incluir desde dispositivos judiciales, cuasijudiciales, administrativos y de política (OACDH, 2004); por ejemplo, a nivel doméstico instituciones como las defensorías (el caso de Guatemala) y, a nivel internacional, el sistema interamericano (Comisión y Corte Interamericana de Derechos Humanos). Es fundamental que estos instrumentos sean accesibles y comprensibles para las personas mayores, por lo que es preciso que tengan acceso a la información para hacerlos efectivos en caso de necesidad.

En definitiva, la normativa internacional de derechos humanos es una herramienta esencial para promocionar y proteger positiva y ampliamente los derechos en la vejez. Para avanzar en un pacto de protección social, que incluya de forma plena a este grupo social, es imperioso reconocer a las personas mayores como titulares de derechos generales y específicos, en el marco de los principios de universalidad y solidaridad.

C. La protección constitucional de los derechos en la vejez en América Latina y el Caribe

La titularidad de los derechos tiene como referente normativo los acuerdos y normas internacionales sobre derechos humanos, sin embargo, la Constitución de cada país es la que establece la jerarquía de dichos tratados dentro del ordenamiento jurídico interno (CEPAL, 2006).

Desde el inicio de los procesos de instauración de la democracia en la región, existe la tendencia a integrar estos instrumentos internacionales al derecho interno. En general, los derechos reconocidos en los tratados internacionales se traducen en los textos constitucionales mediante su interpretación o incorporación explícita.

Si bien todos los derechos y garantías reconocidos en los textos constitucionales son, por supuesto, aplicables a las personas de la Tercera edad, existen casos en que los derechos de este grupo social se reconocen taxativamente, lo que es trascendental, puesto que la Constitución —en tanto norma legal— es la expresión suprema de todo el ordenamiento jurídico, social, económico, político, civil y cultural de un país. La Constitución Nacional, por ende, tiene una jerarquía superior sobre las Constituciones Provinciales, las leyes en general, los decretos, reglamentos y los actos administrativos. En los países federados (Argentina, Brasil y México), en cambio, los estados o provincias se han reservado en la Constitución y no han delegado ciertos poderes al gobierno nacional, por lo que para adoptar una ley de derechos de las personas mayores, se necesita la adhesión de cada una de las provincias o estados para que sean exigibles en todo el territorio.

Por otra parte y en estricto rigor, debería existir una correlación lógica entre los derechos constitucionales, la organización pública y las decisiones presupuestarias. Así, mientras las estructuras administrativas y la legislación presupuestaria son medios para efectivizar los derechos, la protección de los derechos constitucionales son un fin en sí mismo.

En algunas constituciones, como las de Argentina, Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela, los principales tratados de derechos humanos son enumerados en forma taxativa, estableciéndose explícitamente que tienen jerarquía constitucional, lo que les otorga mayor exigibilidad en el derecho interno. En otras, los tratados de derechos humanos son considerados como una guía para la interpretación de los derechos consagrados (Colombia). Asimismo, en algunas constituciones se declara la prevalencia de lo dispuesto en los tratados internacionales por sobre el derecho interno, lo que, en principio, podría interpretarse como que se situarían por debajo de la Constitución, pero por encima de toda la legislación nacional (Brasil, Costa Rica, Guatemala y Honduras).

En la Constitución chilena y ecuatoriana, en cambio, los tratados internacionales se asumen con un carácter más general, consignando el respeto y promoción de los derechos humanos.

Buena parte de las constituciones de la región establecen disposiciones que le dan prioridad al respeto de los derechos de las personas de la Tercera edad, que les protegen contra la violencia o que condenan la discriminación en razón de la edad.

En las cartas constitucionales del Brasil, Colombia, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, la República Bolivariana de Venezuela y la República Dominicana se establece expresamente que las personas mayores tienen derecho a una protección especial del Estado.

Asimismo, otras, garantizan la protección integral de las personas mayores, reconociendo algunos derechos económicos y sociales, que van desde la atención en salud, alimentación, condiciones de vida digna y vivienda al concepto más general de Estado de bienestar (Brasil, Ecuador, Guatemala, Panamá y la República Bolivariana de Venezuela).

En todos estos casos, existe una obligación positiva que implica adoptar políticas o programas para el efectivo ejercicio de los derechos, donde es deber del Estado

impulsarlos e implementarlos. En otros Estados, existe la obligación de adoptar medidas legislativas para la protección de las personas mayores; en Argentina, por ejemplo, se dispone la obligación de legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato de las personas mayores, así como el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por los tratados internacionales (Huenchuan y Morlachetti, 2006).

A lo anterior, se suma la protección de derechos sociales específicos como, por ejemplo, el derecho a la seguridad social, presente en todas las constituciones analizadas, aunque el alcance de las disposiciones varía de un país a otro. En la Constitución brasileña, se garantiza expresamente un salario mínimo a la persona mayor que lo necesite, independiente de su contribución a la seguridad social. En la Constitución de Colombia, se establece que el Estado garantizará un subsidio alimentario en la vejez en caso de indigencia y el texto constitucional cubano prevé de forma explícita la asistencia social a los ancianos sin recursos ni amparo.

En las constituciones de Brasil y Ecuador, se identifica a las personas de la Tercera edad como un grupo vulnerable, otorgándole prioridad de atención, además de establecer la obligatoriedad de esta en caso de violencia doméstica. En las cartas constitucionales del Brasil, Ecuador y México se condena la discriminación por edad en general, mientras que en las de Panamá, Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela, se prohíbe la discriminación por edad en el ámbito laboral.

Por último, el derecho a la participación e integración de las personas mayores a la vida de la comunidad es acogido expresamente en el caso colombiano y brasileño.

El significado del reconocimiento constitucional explícito de los derechos de las personas de la Tercera edad, es que de ello se derivan obligaciones para el efectivo cumplimiento de parte de los poderes constituidos. Si bien sería deseable la adopción de leyes específicas, la presencia de esos derechos en el texto constitucional los hace

operativos y, por lo tanto, tienen una aplicabilidad directa y vinculan a todos los poderes públicos, impidiéndoles que los violen por acción u omisión.

En definitiva, la constitucionalización de los derechos de las personas mayores significa que el ordenamiento jurídico, las políticas públicas, su institucionalidad y los actos de las autoridades de gobierno deberían ajustarse y ser compatibles con esos derechos.

D. Las leyes especiales de protección de los derechos en la vejez: avances y desafíos

Los Estados deben promover el pleno goce de los derechos de las personas mayores, creando las condiciones jurídicas, políticas, económicas, sociales y culturales que permitan el desarrollo íntegro de la persona humana. En este sentido, un país no solo debe abstenerse de interferir en el ejercicio de los derechos individuales, sino que además, debería realizar prestaciones positivas, es decir, adoptar medidas administrativas y legislativas para que el ejercicio de esos derechos no sea ilusorio.

Respecto de las medidas legislativas, los países suelen reconocer algunos derechos de las personas mayores al incluirlos en leyes generales —el caso nicaragüense, considera a este grupo etario vulnerable, dándole prioridad en la ley general de salud 423— o mediante la creación de leyes que protejan integralmente sus derechos. En este apartado se hará referencia a este último tipo de leyes —calificadas en adelante como especiales—, constituidas en el marco normativo de las acciones en materia de envejecimiento en los países que cuentan con estos instrumentos jurídicos.

3.4 Objetivos y contenidos de la cobertura legal en las leyes especiales

Un número importante de países de la región cuenta con una legislación especial, que tiene por objeto promover y garantizar los derechos humanos de las personas de la Tercera edad. Esto significa que se integrarían al texto de la ley —al menos en términos de interpretación— las normas reconocidas en los tratados de derechos humanos y las previsiones constitucionales.

LAS LEYES ESPECIALES DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES: OBJETIVOS DE LA COBERTURA LEGAL

En México, la ley de los derechos de las personas adultas mayores (2002) tiene como cometido garantizar el ejercicio de los derechos de las personas de edad, así como su cumplimiento, mediante la política pública nacional para la observancia de los derechos en la vejez.

Las legislaciones existentes protegen algunos derechos civiles y políticos y, en todos los casos, se especifican los derechos con el fin de dar forma concreta a lo establecido en la Constitución o en los tratados. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, las diferentes leyes prevén el derecho al trabajo, la seguridad social, la educación, la salud, la vivienda y a la asistencia social, entre otros.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 5 de febrero de 1917. Texto Vigente Última Reforma Publicada DOF 13-10-2011

Ley General de Salud. Publicada en el DOF 07 de febrero de 1984. Última Reforma publicada en el DOF, 06 de junio de 2006.

Ley de Asistencia Social. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de septiembre de 2004. Texto Vigente Última Reforma publicada en el DOF 01-06-2011

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Publicada en el DOF, 25 de junio de 2002. Última Reforma publicada en el DOF 26 de enero de 2006.

Norma Oficial Mexicana NOM 169–SSA 1998. Para la Asistencia Social Alimentaria a grupos de Riesgo publicada en el DOF, 19 de noviembre de 1999. Para los efectos de esta Norma se entenderá por:

4.2 Asistencia Social Alimentaria, a la acción de proporcionar a grupos en riesgo y grupos vulnerables ayuda y orientación alimentaria directa, promoción de la salud, vigilancia de la

nutrición y fomento a la producción de alimentos, para contribuir a mejorar las circunstancias por las que atraviesa esta población.

4.3 Ayuda Alimentaria Directa, acción de proporcionar alimentación complementaria a grupos de población que no satisfacen sus necesidades alimentarias en cantidad y calidad, adecuadas conforme a las recomendaciones nacionales.

4.4 Desnutrición, al estado fisiológico en que existe un balance negativo de uno o más nutrimentos y que cursa con un cuadro clínico característico.

4.10 Promoción de la salud.

4.11 Ración alimentaria.

4.12 Sujetos de atención:

b. Grupos vulnerables.

5.1 El otorgamiento de la asistencia social alimentaria debe ser indistinta, tener como fin apoyar a los grupos en riesgo y grupos vulnerables de manera temporal, a través de la participación comprometida de la población en los programas de desarrollo comunitario y de autocuidado de la salud.

5.1.1 Los grupos de riesgo sujetos de asistencia social alimentaria comprenden a personas adultas mayores.

Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003. Anteriormente Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993. Con fecha 16 de diciembre de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación. Establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico. Publicación en el Diario Oficial de la Federación, México, D.F., 14 de septiembre de 1999.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

4.4. Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, en arreglo con las disposiciones sanitarias.

Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997. Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores. Publicada DOF, 17 de noviembre de 1999.

4.2 Adulto mayor en estado de abandono, aquel que presenta cualquiera de las características siguientes: carencia de familia, rechazo familiar, maltrato físico o mental, carencia de recursos económicos.

4.3 Albergue para adultos mayores, al establecimiento donde se proporcionan temporalmente servicios de alojamiento a adultos mayores, en tanto son reubicados a otras instituciones o a su familia.

4.7 Casa hogar para adultos mayores, al establecimiento de asistencia social donde se proporciona a adultos mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas.

4.9 Centro de Día, al establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación en esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud.

8. Prestación de servicios de asistencia social en casa hogar y albergues para adultos mayores. La prestación de servicios en casa hogar y albergues para adultos mayores debe incluir:

8.1 Alojamiento mediante infraestructura e instalaciones planeadas y diseñadas con los espacios requeridos por los adultos mayores.

8.1.2 Se debe considerar: Atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares, con garantía de que sean tomadas en cuenta para su solución, vigilancia y seguimiento; Promoción de la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención de los usuarios.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA3-2009. Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Esta Norma tiene por objeto establecer las características de funcionamiento, organización e infraestructura que deben observar los establecimientos de los sectores público, social y privado, que presten servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-SSA3-2007. Publicada el 13 de enero del 2009. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios en revisión para sustitución de la NOM-178- SSA1-1998 del 29 de octubre de 1999.

3.5 Derechos de las personas de la Tercera edad

Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad

“Para dar más vida a los años que se han agregado a la vida” La Asamblea General:

- Reconociendo que en la carta de las Naciones Unidas los pueblos de las Naciones Unidas expresan, entre otras cosas, su determinación de reafirmar su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y de las naciones grandes y pequeñas y de promover el progreso social y elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

- Tomando nota de la elaboración de esos derechos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y de otras declaraciones con objeto de garantizar la aplicación de normas universales a grupos determinados.
- En cumplimiento del plan de acción Internacional sobre el envejecimiento aprobado por la asamblea Mundial sobre el envejecimiento y hecho suyo por la asamblea general en su resolución 37/51 de 3 de diciembre de 1982.
- Reconociendo la enorme diversidad de las situaciones de las personas de edad, no solo entre los distintos países, sino también dentro de cada país y entre las personas mismas, la cual necesita respuestas políticas, asimismo diversas.
- Consciente de que en todos los países es cada vez mayor el número de personas que alcanzan una edad avanzada y en mejor estado de salud de que lo que venía sucediendo hasta ahora.
- Consciente de que la ciencia ha puesto de manifiesto la falsedad de muchos estereotipos sobre la inevitable e irreversible decadencia que la edad entraña.
- Convencido de que un modo que se caracteriza por un número y porcentaje cada vez mayores de personas de edad es menester proporcionar a las personas de edad que deseen y puedan hacerlo, posibilidades de aportar su participación y su contribución a las actividades que despliega la sociedad.
- Consciente de que las presiones que pesan sobre la vida familiar tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, hacen necesario prestar apoyo a quienes se ocupan de atender a las personas de edad que requieren cuidados.
- Teniendo presentes las normas que ya se han fijado en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y en los convenios, recomendaciones y resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, de la Organización Mundial de la Salud y de otras entidades de las Naciones Unidas.

Alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes principios en sus programas nacionales:

Independencia

1. Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
2. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de trabajar o tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos.
3. Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
4. Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.
5. Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y sus capacidades en continuo cambio.
6. Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

7. Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes.
8. Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
9. Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones con personas afines.

Cuidados

10. Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

11. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.

12. Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía protección y cuidado.

13. Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

14. Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización

15. Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

16. Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Dignidad

17. Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales.

18. Las personas de edad deberán recibir un trato digno independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valorados independientemente de su contribución económica.

Responsabilidades de las Personas de Edad

En consonancia con los valores individuales y en tanto que la salud y las circunstancias personales lo permitan, las personas de edad avanzada deberían tratar de:

1. Permanecer activas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.
2. Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.
3. Aprovechar los programas de alfabetización que se les ofrezca.
4. Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación.
5. Actualizar sus conocimientos y aptitudes, según fuera necesario, a fin de aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desearan participar en la fuerza laboral.
6. Ser flexibles, junto con los demás miembros de la familia, en lo que se refiere a ajustarse a las demandas de las relaciones cambiantes.
7. Compartir sus conocimientos, aptitudes, experiencia y valores con las generaciones más jóvenes.
8. Participar en la vida cívica de su sociedad.
9. Buscar y desarrollar posibles formas de prestación de servicios a la comunidad.
10. Adoptar decisiones con elementos de juicio acerca de la atención de su salud e informar a su médico y familiares sobre el tipo de atención que desean recibir en caso de sufrir una enfermedad incurable.

3.6 Ley de los Derechos de las Personas de la Tercera Edad

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM, organismo al que se le confía la rectoría de las políticas públicas para la atención de este grupo de la población, se fortalece con la Ley, la cual se constituye como el eje de las acciones que gobierno y sociedad realizan para que todos nuestros adultos mayores puedan vivir mejor.

Decálogo de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

1. Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación. (Artículo 5°, fracción I)
2. Derecho a un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial. (Artículo 5°, fracción II)
3. Derecho a la salud, alimentación y familia. (Artículo 5°, fracción III)
4. Derecho a la educación. (Artículo 5°, fracción IV)
5. Derecho a un trabajo digno y bien remunerado. (Artículo 5°, fracción V)
6. Derecho a la asistencia social. (Artículo 5°, fracción VI)
7. Derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en tu comunidad (Artículo 5°, fracción VII)
8. Derecho a denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (Artículo 5°, fracción VIII)
9. Derecho a la atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público. (Artículo 5°, fracción XI)
10. Derecho a contar con asientos preferentes en los servicios de autotransporte (Artículo 5°, fracción IX)

La Declaración Universal⁷ señala, en su Artículo 25, que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios de seguridad social necesarios; tiene asimismo el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad.

⁷ Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948 en París. Fue aprobada y proclamada.

Capítulo IV: Metodología de la Investigación

Para el diseño metodológico se definió como objeto de estudio a las estrategias enfocadas a la implementación de casas para la atención a personas de la tercera edad en México. La investigación del eje teórico permitió definir como enunciado del problema, la falta de análisis de estrategias para implementar casas para la atención de las personas de la tercera edad en México.

4.1 Enfoque de la Investigación

El enfoque cualitativo que se utilizó en el presente trabajo es basado en el método de recolección de datos sin medición numérica, con las descripciones y las observaciones, se mueve entre las situaciones y su interpretación, y entre las respuestas y el desarrollo de la teoría en un sistema previamente definido y puede ser holístico porque se considera el todo sin reducir al estudio de sus partes (Sampieri, 2004). Además fue documental, haciendo uso de diferentes procesos como: ubicación y fijación de la información, análisis de materiales escritos, además de incluir los criterios aplicados para la búsqueda de datos y la mención de las contribuciones más importantes de los investigadores del tema. Se seleccionaron las palabras claves dentro del área de las ciencias sociales como son: adultos de la tercera edad, casas de atención, permitiendo identificar si éstas influyen en el impacto económico, social y laboral de la población en vías de envejecimiento; y las políticas públicas que influyen.

Luego entonces, la aportación de esta investigación consiste en proponer casas de retiro, orientadas al cuidado y atención al adulto de la tercera edad y además la generación de fuentes de empleo, difusión de nuestra cultura y centros turísticos y de recreación para contribuir de esta manera también con los vínculos sociales.

Para esto se llevó a cabo una consulta en las bases de datos EBSCO, PROQUEST, Elsevier, Blackwell, ABI-Inform, Scopus, Springer, SAGE, Scholar, Google e ISIWeb of Knowledge y la consulta a los centros de documentación y bibliotecas relacionadas.

Una vez que el material fue organizado se procedió a su análisis que contiene los datos de clasificación, inferencias, prueba de inferencia según reglas de estilo APA y referencia bibliográfica. En la redacción de cada sección se resume la información bibliográfica obtenida con la ayuda de las notas registradas.

Con este fin, se utilizó el análisis documental y de contenido como herramienta de trabajo, esta última está destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto, con el objetivo de proponer las estrategias para desarrollar casas para la atención de los adultos mayores en México, segmento muy importante en la población.

4.2 Tipo de Estudio

Tuvo un alcance descriptivo, documental y no experimental al especificar las condiciones en las que se encuentran las personas de la tercera edad en México, así como examinar un tema poco estudiado, y un eje temporal de orden transversal, en el mes de Enero 2013 a Junio de 2014. En cuanto al horizonte espacial, se dirigió a las asociaciones integradas por adultos mayores extranjeros para poder acceder a información valiosa para el desarrollo de este proyecto.

El enfoque de esta investigación de forma cualitativa, utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación, Hernández, Fernández & Baptista (1991). La investigación cualitativa, explora las relaciones sociales y describe la realidad tal como la experimentan los sujetos de la investigación, se requiere un conocimiento del comportamiento humano.

□ De tipo no experimental: La cual se usa sin manipular deliberadamente las variables, es decir se observaron los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después medirlos, Sampieri, Fernández & Baptista (1991). Los hechos ocurren en el presente pero no pueden ser estrictamente controlados, Hernández, Fernández & Baptista (1991).

□ De tipo documental: Por lo que se llevó a cabo una recolección, organización y análisis de información proveniente de bases de datos científicas como EBSCO, Proquest, Emerald, entre otras que contienen archivos internacionales de reconocido prestigio en la materia, libros, páginas web y documentos oficiales.

□ De tipo descriptiva: Después del establecimiento en términos claros del objetivo general y objetivos específicos se utilizó congruentemente un cuestionario de tipo cualitativo con cinco niveles de respuestas como técnica de recolección de datos, que permitió describir de modo sistemático las características de la población, situación o área de interés sujetas a estudio, Padua, J. (1979), la cual para que pueda ser aplicada correctamente se requiere que el investigador se adapte a las condiciones del entorno, presentando una apariencia acorde con el lugar con el que se desarrolla la investigación, que tenga una mente abierta y ágil para no permitir que sus prejuicios sesguen la información recibida, y que sea capaz de que el cuestionado se exprese libremente, evitando en todo momento tratar de desviar las respuestas hacia un resultado preestablecido, además de asegurarse que la hora y lugar sean oportunos, Hernández (2010), y así estar en condiciones de responder a las preguntas de investigación 1, 2 y 3.

□ Eje de tiempo: Es tipo transversal, Philip Rice (1997), pues se recolectaron datos en un momento, en un tiempo único con el propósito de describir la situación y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Los datos fueron recabados en el mes de Julio – Diciembre del 2013.

4.3 Instrumento de la Investigación

Se hizo a través de entrevistas con un cuestionario de 20 preguntas de tipo Likert, validado por expertos y de forma aleatoria, y se evaluó con el uso del software SPSS para el análisis por medio del método de comparación constante propuesto en la Teoría Fundamentada.

4.4 Tamaño y muestra

Se eligieron a 2 asociaciones extranjeras conformadas por adultos mayores para realizar encuestas a profundidad y elaborar las estrategias para implementar casas de atención a este segmento poblacional en México.

A través de las encuestas y cuestionarios, se obtuvo la información que permitió identificar las mejores estrategias para lograr el cumplimiento del objetivo planteado.

Capítulo V: Análisis e Interpretación de los resultados

Entre los principales objetivos del cuestionario aplicado se encontraron el:

- Describir la situación de la salud de los adultos mayores; a partir de las auto evaluaciones de salud y el reporte de enfermedades crónicas.
- Evaluar el estado de salud a partir de los síndromes geriátricos como son: deterioro cognitivo de los entrevistados, incontinencia urinaria, pérdida sensorial de la vista y la audición, malnutrición y caídas entre otros.
- Describir el estado de salud mental, las limitaciones funcionales y discapacidades de las personas de la Tercera edad.
- Evaluar los comportamientos relacionados con la salud, tales como: el consumo de tabaco, alcohol, la dieta, y las actividades físicas y sociales, algunos de los cuales constituyen factores de riesgo para la salud.
- Evaluar el acceso y el uso de los servicios de salud por los adultos de la Tercera edad, tanto ambulatorios como hospitalarios, incluyendo la medicina tradicional y natural, así como las condiciones en que las personas buscan y reciben los servicios.
- Evaluar la contribución relativa que brindan las principales fuentes de apoyo a los adultos mayores, considerando que las mismas son las redes familiares y las sociales, la asistencia pública y los recursos particulares.
- Analizar los patrones de transferencias intrafamiliares, de amigos y de la comunidad, y cómo ellos están influenciados por las características demográficas y socioeconómicas de las personas de la Tercera edad.
- Analizar los diferenciales de la auto evaluación de las condiciones de salud, el acceso a la atención de salud y las fuentes de apoyo, respecto a sexo y cohorte de nacimiento.
- Evaluar niveles y patrones de desigualdades en el estado de salud, a través de las siguientes condiciones de salud: autopercepción del estado de salud, el estado cognitivo, el número de trastornos crónicos, sintomatología depresiva y dificultades en las actividades de la vida diaria y de los indicadores: nivel de instrucción, suficiencia percibida de ingresos y el nivel socioeconómico del hogar.

□ Describir las características generales del país, el proceso de cambios demográficos y la estructura por edad y sexo de la población, el sistema político del país y algunos aspectos sociales y económicos que acompañan el proceso del envejecimiento, como son la estructura del sistema social y de pensiones, la organización y el financiamiento del sistema de salud y de atención a largo plazo, entre otros.

Respecto a la muestra:

Se tomó en cuenta la división geográfica del país.

Se aplicó una post-estratificación a las personas cuestionadas de acuerdo con las variables sexo y grupos de edad: (60-64, 65-69, 70-74, 75- 79, 80 y más).

Se clasificó a cada persona de 60 años y más, de acuerdo a un índice de condiciones socioeconómicas en nivel alto, medio o bajo, para lograr la comparabilidad internacional de acuerdo a: ingresos del hogar, infraestructura de la vivienda, equipamiento, niveles de educación y medio ambiente.

INGRESOS Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

1.- En qué ocupó la mayor parte del tiempo la semana pasada?

TRABAJÓ
TENÍA TRABAJO, PERO NO TRABAJÓ
TRABAJÓ AYUDANDO EN ALGÚN NEGOCIO FAMILIAR CON O SIN PAGO
BUSCÓ TRABAJO
SE DEDICÓ A LOS QUEHACERES DEL HOGAR
JUBILADO(A) O PENSIONADO(A)
RENTISTA
NO TRABAJÓ
OTRO _____

2.- Cuál es la razón principal por la que actualmente no trabaja?

NO CONSIGUE TRABAJO
PROBLEMAS DE SALUD
LO JUBILARON POR LA EDAD
LO DEJARON CESANTE
LA FAMILIA NO QUIERE QUE TRABAJE
OTRO _____

3.- En su trabajo principal usted es:

OBRERO O EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR
OBRERO O EMPLEADO DEL GOBIERNO
EMPLEADO DOMÉSTICO
TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA
PATRÓN O EMPLEADOR
TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN
TRABAJADOR SIN REMUNERACIÓN EN EMPRESAS O NEGOCIOS DE OTROS
HOGARES
JORNALERO O PEÓN
OTRO _____

4.- Cuál es la razón principal por la que trabaja?

TIENE NECESIDAD DEL INGRESO
PARA AYUDAR A LA FAMILIA
PARA MANTENERSE OCUPADO
PARA SENTIRSE ÚTIL
PORQUE LE GUSTA EL TRABAJO
OTRO _____

5.- En ese trabajo, cómo le pagan?

SALARIO FIJO (MENSUAL O QUINCENAL)
POR HORA O DÍA
A DESTAJO
POR COMISIÓN O PORCENTAJE
POR HONORARIOS
POR PROPINAS
EN ESPECIE
NO LE PAGAN

6.- En total, cuánto gana usted por éste y otros trabajos que realiza y cada cuanto recibe esta cantidad?

AL DÍA
A LA SEMANA
A LA QUINCENA
AL MES

7.- Usted recibe ingresos por:

JUBILACIÓN O PENSIÓN
AYUDA DE FAMILIARES DESDE OTRO PAÍS
AYUDA DE FAMILIARES DENTRO DEL PAÍS
ALQUILER (RENTA) O INGRESOS BANCARIOS
SUBSIDIO DE BIENESTAR SOCIAL
OTRO _____

8.- Cuántas personas dependen de sus ingresos?

NÚMERO DE PERSONAS
SÓLO EL (LA) ENTREVISTADO (A)

9.- De los diferentes gastos de la vida diaria y quisiera que me dijera si usted los paga todos, parcialmente, alguien más lo hace o no se hace ese gasto.

- a. Casa?
- b. Comida?
- c. Ropa?
- d. Gastos médicos?.
- e. Paseos o transporte?
- f. Otro?

10.- Usted considera que los ingresos mensuales de su hogar:

SON SUFICIENTES PARA CUBRIR LOS GASTOS BÁSICOS DEL HOGAR
SON MÁS QUE SUFICIENTES PARA CUBRIR LOS GASTOS BÁSICOS DEL HOGAR
NO ALCANZAN PARA CUBRIR LOS GASTOS BÁSICOS DEL HOGAR

VINCULO FAMILIAR

11.- En una escala de "Nunca", "Casi nunca", "Algunas veces", "Casi siempre" o "Siempre", en los últimos 6 meses, con qué frecuencia se ha sentido satisfecho(a) con:

- a. La ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema y/o necesidad?
- b. La forma en que su familia habla de las cosas y comparte los problemas con usted?
- c. La forma como su familia acepta y apoya sus deseos de hacer nuevas actividades?
- d. La forma como su familia expresa afecto y responde a sus emociones como rabia, tristeza o amor?
- e. La manera como comparte en familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero?

DISCAPACIDAD

12.- En una escala de: NINGUNA, LEVE, MODERADA, SEVERA, EXTREMA, NO PUEDE HACERLO

En los últimos 30 días, contados hasta hoy y sin ayuda, qué grado de dificultad ha tenido usted para:

- a. Mantenerse concentrado haciendo algo por diez minutos o más?
- b. Aprender algo nuevo, como por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?
- c. Estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?
- d. Caminar largas distancias, como un kilómetro o algo equivalente?
- e. Bañarse (lavarse todo el cuerpo)?
- f. Vestirse?
- g. Relacionarse con personas que no conoce?
- h. Mantener una amistad?
- i. Realizar bien las actividades de su casa?
- j. Realizar su trabajo, estudio o actividad diaria?
- k. Participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad, como fiestas, reuniones o actividades religiosas?

13.- En los últimos 30 días en qué grado lo ha afectado emocionalmente su situación de salud?

NINGUNO
LEVE
MODERADA
SEVERA

EXTREMA,
NO PUEDE HACERLO

SALUD MENTAL - DEPRESIÓN

14.- En una escala de: NUNCA, A VECES, MUCHAS VECES, SIEMPRE
En los últimos 15 días con qué frecuencia:

- a. Se ha sentido triste y decaído(a)?
- b. Ha tenido ganas de llorar o ha llorado?
- c. Ha tenido palpitaciones?
- d. Se ha sentido cansado(a) sin razón aparente?
- e. Ha tenido la mente tan despejada como siempre?
- f. Le ha sido fácil hacer las cosas como antes?
- g. Se ha sentido inquieta, intranquila?
- h. Se ha sentido más irritable que de costumbre?
- i. Ha disfrutado las actividades cotidianas?
- j. Ha encontrado agradable vivir?

ESTADO DE SALUD

15.- Que edad tiene?

16.- Alguna vez ha tenido alergias diagnosticadas por un médico?

SI
NO

17.- Alguna vez ha tenido problemas en el cerebro diagnosticados por un médico?

SI
NO

18.-Un doctor u otro profesional de la salud, alguna vez le dijo que tenía: SI NO

- a. Alguna enfermedad del corazón?
- b. Neumonía o bronconeumonía?
- c. Una enfermedad respiratoria crónica?
- d. Diabetes?
- e. VIH/SIDA?
- f. Epilepsia o ataques?
- g. Cáncer?
Tipo de cáncer que le diagnosticaron la primera vez?.
- h. Hipertensión?
Tipo de cáncer que le diagnosticaron en el último año?
- i. Artritis?
- j. Una enfermedad renal crónica?

k. Alzheimer?

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

19.- Cómo cree que es su estado de salud en general:

EXCELENTE
MUY BUENO
BUENO
REGULAR
MALO

20.- Se ha hecho un chequeo general por lo menos una vez al año con:

MÉDICO
ODONTÓLOGO
MEDICO Y ODONTÓLOGO
NINGUNO

21.- En los últimos 30 días tuvo algún accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud?

SI
NO

22.- Qué hizo principalmente para tratar el problema de salud?

ACUDIÓ A MÉDICO GENERAL, MÉDICO ESPECIALISTA, ODONTÓLOGO,
TERAPEUTA O INSTITUCIÓN DE SALUD
ACUDIÓ A PROMOTOR/ENFERMERA
ASISTIÓ A TERAPIAS ALTERNATIVAS
ACUDIÓ A FARMACIA/DROGUERÍA/BOTICA
ACUDIÓ A MEDICINA TRADICIONAL
USÓ REMEDIOS CASEROS
SE AUTOMEDICÓ
NADA
OTRO _____

23.-Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica?

CASO LEVE
FALTA DE TIEMPO
SERVICIO QUEDA LEJOS
TRANSPORTE MUY COSTOSO
SERVICIO MUY COSTOSO
SERVICIO DE MALA CALIDAD
FUE PERO NO LO ATENDIERON

NO CONFÍA EN MÉDICOS
MUCHOS TRÁMITES
NO SABE DÓNDE PRESTAN EL SERVICIO
HORARIOS DE CONSULTA NO LE SIRVEN
DEMORA EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS
DEMORA EN LA ATENCIÓN EN EL SITIO
NO SABÍA QUE TENÍA DERECHO (RC/RS)
NO ESTABA AFILIADO (A)
OTRA _____

24.- Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta, con el médico general u odontólogo?

NO. DE DÍAS

25.- En general, considera que la calidad del servicio fue:

BUENA
REGULAR
MALA

26.- Por esta enfermedad le recetaron medicamentos?

SI
NO

27.- Estos medicamentos o remedios le fueron entregados, por parte de la institución a la cual está afiliado(a)?

SI, TOTALMENTE
SI, PARCIALMENTE
NO
NO ESTABA AFILIADO (A) / NO ESTABA AFILIADO (A)

28.-Cuál fue la principal razón por la cual no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?

NO ESTAN INCLUIDOS EN LA RECETA MÉDICA
NO HABÍA LOS MEDICAMENTOS RECETADOS
NO HABÍA LA CANTIDAD REQUERIDA
POR ERRORES O DEFICIENCIAS EN LA EXPEDICIÓN DE LA FORMULA MÉDICA
NO HIZO LAS GESTIONES PARA RECLAMARLOS
OTRA _____

PERSONAS DEL HOGAR

29.- NÚMERO DE LAS PERSONAS QUE HABITAN EN SU HOGAR:

30.- Cuántos años cumplidos tiene el jefe del hogar?

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

31.- Cuál es el parentesco que tiene con el jefe(a) del hogar?

HIJA(O)
NUERA/YERNO
NIETA(O)
PADRE/MADRE
SUEGRA(O)
HERMANA(O)
CUÑADA(O)
HIJO NO BIOLÓGICO
OTRO FAMILIAR
NO PARIENTE
EMPLEADA(O) DOMÉSTICA(O)
PARIENTE EMPLEADA(O)
DOMÉSTICA(O)
PENSIONISTA

32.- Esta persona vive habitualmente aquí?

SI
NO

33.- Durmió esta persona anoche aquí?

SI
NO

34.- Es hombre o mujer?

35.- De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como:

INDÍGENA
GITANO (A)
RELIGIOSO (A)
NEGRO (A) / MULATO (A)
NINGUNA DE LAS ANTERIORES

36.- Está viva la madre biológica?

SI
NO

37.- La madre vive en el:

PAÍS
EXTERIOR

38.- Cuál es el estado civil actual?

CASADA(O)
UNIDA(O)
SEPARADA(O)
VIUDA(O)
SOLTERA(O)

39.- Asiste a algún programa o modalidad de apoyo alimentario?

SI
NO

40.- De cuál programa es beneficiario?

PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DEL ADULTO Y EL ANCIANO
OTRO_____

41.- Hay personas que no son familiares, como empleados domésticos, o amigos, que viven o duermen habitualmente aquí?

SI
NO

TIPO DE FAMILIA

42.- TIPO DE FAMILIA QUE HABITA ESTE HOGAR SEGÚN LOS DISTINTOS PARENTESCOS QUE ENCUENTRE EN EL LISTADO DE PERSONAS.

UNIPERSONAL (1)
EXTENSA INCOMPLETA (1, 3; 4-11)
NUCLEAR COMPLETA (1, 2, 3)
EXTENSA PAREJA SIN HIJOS (1,2; 4-11)
NUCLEAR INCOMPLETA (1, 3)
JEFE Y OTROS PARIENTES (1; 4-11)
PAREJA SIN HIJOS (1, 2)
COMPUESTA: JEFE/OTROS
PARIENTES Y NO PARIENTES
EXTENSA COMPLETA (1, 2, 3; 4-11)

CONDICIONES HABITACIONALES DEL HOGAR

43.- Con cuál de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda: SI NO

Energía Eléctrica?
Gas natural conectado a red pública?
Acueducto?
Alcantarillado?
Recolección de basuras?
Cuántas veces a la semana recogen la basura?

44.- Cuál es la principal fuente de abastecimiento del agua que utilizan los miembros de este hogar para lavarse las manos y lavar los platos?

ACUEDUCTO PÚBLICO
TINACO
PILA PÚBLICA
POZO CON BOMBA
POZO SIN BOMBA
CISTERNA
RÍO, MANANTIAL
AGUA EMBOTELLADA
AGUA LLUVIA
OTRO: _____

45.- Consiguen el agua para beber de la misma fuente?

SI
NO

46.- Cuál es la principal fuente de abastecimiento del agua que usan para beber?

ACUEDUCTO PÚBLICO
TINACO
PILA PÚBLICA
POZO CON BOMBA
POZO SIN BOMBA
CISTERNA
RÍO, MANANTIAL
AGUA EMBOTELLADA
AGUA LLUVIA
OTRO: _____

47.- Con qué clase de servicio sanitario cuenta el hogar?

INODORO CONECTADO AL ALCANTARILLADO

INODORO CONECTADO AL POZO SÉPTICO

INODORO SIN CONEXIÓN

LETRINA (POZO NEGRO, HOYO)

OTRO: _____

NO TIENE SANITARIO

48.- Cuántos sanitarios tiene este hogar?

49.- El servicio sanitario del hogar es de uso exclusivo de las personas del hogar o compartido con personas de otros hogares?

DE USO EXCLUSIVO DE LAS PERSONAS DEL HOGAR
COMPARTIDO CON PERSONAS DE OTROS HOGARES

50.- Dónde se encuentra el sanitario que usan las personas del hogar?

FUERA DEL LOTE DE LA VIVIENDA

DENTRO DEL LOTE PERO FUERA DE LA VIVIENDA

DENTRO DE LA UNIDAD DE VIVIENDA

OTRO: _____

51.- Este hogar tiene servicio de ducha o regadera?

SI

NO

52.- Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?

GAS NATURAL CONECTADO A RED PÚBLICA

GAS PROPANO (CILINDRO/PIPETA)

KEROSENE, PETRÓLEO, COCINOL, ACPM, GASOLINA, ALCOHOL

ENERGÍA ELÉCTRICA

MADERA, CARBÓN DE LEÑA

CARBÓN MINERAL

MATERIAL DE DESECHO

NO COCINA

OTRO: _____

53.- Tiene en su hogar:

Teléfono fijo?

Moto?

Teléfono celular?

Carro?

Radio?

Bicicleta?

Televisión?

Nevera?
Computadora?
Aparatos electrodomésticos?

54.- El servicio telefónico es de uso exclusivo de las personas del hogar o compartido con personas de otro hogar?

EXCLUSIVO
COMPARTIDO

55.- Cómo eliminan principalmente la basura de este hogar?

LA RECOGE SERVICIO DE ASEO
LA QUEMAN
LA ENTIERRAN
LA BOTAN AL RIO, CAÑO, LAGUNA, QUEBRADA
LA BOTAN AL PATIO, LOTE, ZANJA, BALDÍO
LA RECOGE UN SERVICIO INFORMAL (BARRENDERO)
OTRO: _____

56.- De cuántos cuartos dispone el hogar para dormir?

57.- TIPO DE VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR:

CASA PROPIA
CASA EN ARRIENDO U OTRO
APARTAMENTO PROPIO
APARTAMENTO EN ARRIEDO
CUARTO EN INQUILINATO
CUARTO EN OTRO TIPO DE ESTRUCTURA
VIVIENDA INDÍGENA
OTRO (CARPA, TIENDA, VAGÓN, REFUGIO NATURAL)

58.- ANOTE EL MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO DE LA VIVIENDA OCUPADA POR EL HOGAR:

ALFOMBRA, TAPETE
MADERA PULIDA Y LACADA, PARQUÉ
MÁRMOL
BALDOSA, VINILO, TABLETA, LADRILLO
MADERA BURDA, TABLA, TABLÓN
CEMENTO, GRAVILLA
TIERRA/ARENA
OTRO: _____

PROBLEMAS DE SALUD

59.- En los últimos treinta días, alguna persona de este hogar estuvo enferma, tuvo un accidente, tuvo algún problema odontológico u otro problema de salud, que no haya implicado hospitalización?

SI
NO

60.- Qué problema de salud tuvo en los últimos treinta días?

ENFERMEDAD
ACCIDENTE
ODONTOLÓGICO
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
OTRO _____

61.- Por este problema dejó de asistir a su trabajo, estudio o no pudo realizar sus actividades cotidianas?

SI
NO

62.- Cuántos días dejó de asistir al trabajo, al estudio o no pudo realizar sus actividades cotidianas?

63.- Dónde queda el lugar que consultó la última vez?

EN LA MISMA MANZANA DE SU VIVIENDA
EN EL MISMO BARRIO DONDE VIVE
EN LA MISMA LOCALIDAD DONDE RESIDE
EN LA MISMA MANZANA EN LA QUE ESTA UBICADO SU LUGAR DE TRABAJO
EN EL MISMO BARRIO DONDE QUEDA SU LUGAR DE TRABAJO
EN LA MISMA LOCALIDAD DONDE QUEDA SU LUGAR DE TRABAJO
EN EL MISMO MUNICIPIO DONDE USTED VIVE
EN OTRO MUNICIPIO

64. La última vez que fue a consulta en qué se transportó desde el lugar en el que se encontraba hasta el consultorio o la institución de salud?

A PIE
CARRO PARTICULAR
BUS DE SERVICIO PÚBLICO
TAXI
OTRO

65.- Considera que la atención que recibió fue oportuna o demorada?

EDUCACIÓN

66.- Alguna vez Ud. asistió a la escuela, colegio o universidad u otra institución educativa?

SI
NO

67.- Cuál fue el último año de estudios que Ud. aprobó?

PREESCOLAR
PRIMARIA
SECUNDARIA
TÉCNICA/TECNOLÓGICA
UNIVERSITARIO
POSGRADO

68.- Puede usted leer y entender una carta o periódico fácilmente, con dificultad, o le resulta imposible?

FÁCILMENTE
CON DIFICULTAD
IMPOSIBLE

69.- Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?

QUEDÓ EMBARAZADA
SE CASÓ
TENÍA QUE CUIDAR LOS NIÑOS
LA FAMILIA NECESITABA AYUDA
NO PODÍAN PAGAR LA PENSIÓN
ENFERMEDAD
NECESITABA GANAR DINERO
SE GRADUÓ/SUFICIENTE ESTUDIO
NO PASÓ EXÁMENES DE ADMISIÓN
NO QUISO ESTUDIAR
ESCUELA MUY LEJOS/NO HABÍA ESCUELA
DISCAPACIDAD
OPOSICIÓN DE LOS PADRES
VIOLENCIA EN LA REGIÓN
CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO
OTRA: _____

70.- Tiene hijos (as)? SI NO Y cuantos?

COMPORTAMIENTO SEXUAL

71.- Cuál es su estado marital actual: viuda, separada o divorciada?

VIUDA (O)
SEPARADA (O)
DIVORCIADA (O)

72.- Su esposo (a) / compañero (a) vive con usted ahora o permanece en otro sitio?

VIVE CON EL (ELLA)
VIVE EN OTRO SITIO

73.- Cuántos años tenía Ud. cuando tuvo su primera relación sexual?

EDAD EN AÑOS.
CUANDO SE CASO

74.- Alguna vez ha participado en actividades sobre educación sexual?

SI
NO

75.- En qué tipo de actividades ha participado?

CLASES EXCLUSIVAS DE SEXUALIDAD
CONFERENCIAS
FERIAS DE LA SEXUALIDAD
TALLERES
OTRO: _____

MIGRACIÓN

76.- Ud. ha vivido solamente en un sitio o en más de un sitio?

UN SITIO
MAS DE UN SITIO

77.- Cuál fue la principal razón por la cual salió Ud. del último lugar donde vivía?

VIOLENCIA CAUSADA POR GRUPOS ARMADOS
DESASTRE NATURAL
RAZONES DE POBREZA (HAMBRE)
RAZONES LABORALES
RAZONES DE EDUCACIÓN
RAZONES DE SALUD
RAZONES FAMILIARES

BUSCABA CONDICIONES FAVORABLES

OTRA: _____

78.- Donde vivía anteriormente?

La investigación permitió constatar diferentes situaciones en cuanto a las condiciones de vida de las personas de la Tercera edad, haciendo referencia a la heterogeneidad de la vejez en México.

El envejecimiento de la población no es algo que no podamos comprender, y esta investigación aporta de manera sencilla una visión general de las cuestiones asociadas al proceso de envejecimiento. El envejecimiento poblacional es un fenómeno que implica una porción creciente de personas de la Tercera edad y un descenso generalizado de la población; pero esto no es un desastre a punto de suceder, de hecho nos está ofreciendo nuevas oportunidades de encontrar caminos para continuar viviendo juntos y prosperar. El mensaje principal del presente documento se refiere a que el envejecimiento de la población puede suponer una catástrofe o una oportunidad, dependiendo de cómo la sociedad en proceso de envejecimiento se prepare para ello.

Los puntos analizados abarcan distintos campos políticos, sociales, económicos, culturales, médicos y presentan ideas sobre cómo las políticas públicas deben cambiar en el futuro. El fenómeno del envejecimiento de la población está generando un nuevo entorno en el que debemos ser conscientes y aprovecharnos del potencial de las personas en edades avanzadas; también se deberá encontrar una nueva cohesión social en una sociedad en la que, recíprocamente, las personas jóvenes y mayores vivan bien y productivamente. Este fenómeno no solo implica desafíos para las políticas públicas sino también para el sector privado, y existe con respecto al futuro una mayor necesidad de trabajo en común por parte de los distintos agentes.

5.1 Conclusiones

El siglo XXI supone para México, como para otros países de la región, una gran transformación de su pirámide demográfica y de los cambios epidemiológicos que esta conlleva, lo que obliga a los países a generar políticas públicas para la protección social de la población adulta mayor. Iniciamos el siglo con grandes problemas políticos y económicos y con retraso en varios ámbitos y en especial en la protección de los derechos sociales.

Para lograr el objetivo de tener personas de la Tercera edad funcionales, con vida digna, con participación, independencia, cuidados, plenitud humana y dignidad, todo en un entorno social incluyente, se hace necesario el diseño de modelos y programas especializados para su atención siguiendo las recomendaciones de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento contar con personal suficiente y capacitado, llevar a cabo los lineamientos de los programas integrales, proporcionarles instalaciones adecuadas, vigilar y mantener su buena salud física, mental y emocional, hacerles pertenecer a un grupo, procurarle una adecuada nutrición y brindarles seguridad.

El panorama de las alternativas residenciales es una cuestión exclusiva y distintiva de cada país. Por este motivo alternativas como pueden los granny flats, hostels, viviendas públicas para adultos de la Tercera edad, echo housing, retirement community, movil homes, etc., no están disponibles en todos los países ni en todas las sociedades podríamos esperar una implantación exitosa de todas ellas.

Por otro lado, cada país desarrolla de una forma particular cada uno de estos conceptos para adaptarlos a sus circunstancias, de forma que desde una perspectiva internacional se requiere un examen previo.

Poco a poco han ido apareciendo enfoques que trataban de avanzar en la interpretación de unas prácticas residenciales que ocultaban complejas relaciones entre las personas que envejecen y su medio residencial. Lejos han quedado los enfoques tradicionales basados una concepción bipolar y un tanto mecanicista de los

comportamientos residenciales en el sentido de que consideraban las instituciones geriátricas o residencias para personas de la Tercera edad como única alternativa residencial. Con el tiempo han surgido nuevas y más amplias perspectivas sobre el ciclo residencial de las personas mayores que han terminado elaborando complicados modelos multi variantes para explicar la variedad de comportamientos adaptativos que pueden ser contemplados durante esta etapa.

La evolución de estos enfoques y su maduración se han ido produciendo de forma paralela al asentamiento del proceso de envejecimiento en las sociedades desarrolladas y estas trataban de dar nuevas respuestas a las necesidades residenciales que surgían de este grupo de población tan heterogéneo a través del diseño de fórmulas de alojamiento intermedio entre la vivienda y las instituciones. En esta evolución se puede apreciar un cambio importante en el concepto de personas mayores, que dejan de ser problemas y objetos de asistencia per se, y un cambio en el concepto de alojamiento que sobrepasa los límites estrictos de la vivienda centrándose más en las relaciones que se establecen entre esta y una serie de equipamientos y, servicios relevantes en esta etapa vital. Esta nueva tendencia se refleja en el afán por apoyar mientras sea posible la autonomía residencial de las personas que envejecen recurriendo a un concepto más integrador de alojamiento, donde se combina vivienda y apoyo, para favorecer su inclusión social y limitar el recurso a la institucionalización.

Las perspectivas sobre el alojamiento de las personas de la Tercera edad han estado muy relacionadas con los paradigmas dominantes en áreas como el planeamiento o el diseño. A partir del esquema que siguen Filion/Wister/Coblentz (1992) se recogerá la esencia de los enfoques y los conceptos más importantes para finalmente proponer y argumentar la adecuación del enfoque que proporcionan las estrategias residenciales.

El estudio de las decisiones residenciales admite múltiples enfoques aunque en el campo de las personas de la Tercera edad tradicionalmente se ha venido identificando con el cambio o movilidad residencial: la compra o alquiler de una vivienda, su localización, el ingreso en una residencia, etc.

De forma más reciente, permanecer en la propia vivienda se ha considerado también como una decisión.

Las decisiones residenciales no necesariamente han de estar vinculadas a un proceso de cambio o necesidad urgente de adaptación ya que pueden ser producto de procesos de mejora residencial o elevación de la calidad de vida una vez que las necesidades mínimas están cubiertas. Sin embargo, durante el proceso de envejecimiento la sucesión de cambios en múltiples esferas que afectan al ámbito residencial (entendido en sentido amplio) y a la vida cotidiana requieren sucesivos ajustes o adaptaciones, que llevan implícitos una decisión interna. Y en última instancia, como plantea Lawton (1985), todas las decisiones tienen consecuencias sobre el bienestar. Mantener inalterable el ámbito residencial cuando, por ejemplo, empiezan a surgir problemas de autonomía, lleva implícita una decisión cuya importancia es comparable a aquellas que permiten introducir modificaciones dentro del entorno residencial pero no moverse o las que se orientan hacia la movilidad residencial.

La necesidad de superar un concepto de alojamiento centrado exclusivamente en la dimensión física de la vivienda se hace cada vez más evidente. La formulación del nuevo concepto de alojamiento se orienta hacia la concepción de un medio residencial centrado en las personas (y que combine vivienda con elementos de diseño, asistencia, servicios, equipamientos y protección); que sea flexible para ir al encuentro de las necesidades en cualquier momento del ciclo vital; que enfatice su carácter preventivo de cara al futuro y que ofrezca posibilidades reales de integración en una comunidad provista de un continuo de servicios y recursos para necesidades y procesos diferentes en cada momento del ciclo de vida.

Capítulo VI: Propuesta de la Investigación

Con la recolección de la información, entrevistas a profundidad con una muestra del este sector de la población, así como el análisis documental de textos, artículos, sitios de internet y otras fuentes relacionadas se recomiendan las siguientes estrategias:

1. - Promover la implementación de casas para la atención de adultos de la Tercera edad para el mejoramiento de las condiciones, propiciando su permanencia en la misma con el propósito de elevar su calidad de vida, reduciendo las desigualdades extremas y las inequidades de género.
2. - Fomentar una cultura de prevención con un envejecimiento activo y saludable, que nos ayude a enfrentar con dignidad la evolución demográfica de la sociedad. Debido a que el adulto mayor es un agente social de cambio, se busca favorecer la salud y prevenir la enfermedad mediante la implementación de casas para la atención de adultos de la Tercera edad.
3. - Impulsar el diseño de programas que atiendan los factores sociales, económicos, geográficos y culturales que incidan en la salud de las personas de edad, para mejorar la calidad de los servicios que se ofrezcan tanto a nivel gubernamental como privado.
4. - Favorecer el desarrollo de los valores culturales en las comunidades, fomentando la solidaridad entre las generaciones y revalorizando socialmente al adulto mayor, para estimular su plena inserción en la vida familiar, social, comunitaria y política del país, de no ser así, que se brinden las facilidades para la implementación de casas para la atención a los adultos de la tercera edad y elevar su calidad de vida y bienestar.
5. - Planear técnicas de apoyo y orientación en las casas para personas de la Tercera edad, dirigidas a la población adulta mayor encaminadas a prevenir el declive de las funciones cognoscitivas, propiciar el desarrollo de relaciones interpersonales sanas y gratificantes así como favorecer la adaptación a los cambios y/o pérdidas que se pueden presentar en esta etapa de la vida; impulsando su participación en actividades que apoyan sus conductas de autocuidado y estimularlos para que sigan siendo activos y productivos.

6. - Motivar y comprometer a las entidades gubernamentales para que establezcan programas y casas para la atención de adultos de la Tercera edad, y así contribuir al conocimiento y reconocimiento de nuestra identidad cultural (riquezas naturales y arquitectónicas) a través del turismo y la recreación, así como generar fuentes de empleo.

En general, las personas están viviendo más y mejor por períodos de tiempo más prolongados. Esto ha creado un área relativamente nueva y creciente de servicios para la prevención en salud y de proveedores de dichos servicios, que se conoce como cuidados para la atención de los adultos de la Tercera edad.

Es fundamental fomentar la idea de que un envejecimiento adecuado es el producto de la constancia en la práctica de hábitos saludables a lo largo del ciclo vital.

El concepto de estrategia residencial aparece como un instrumento que concuerda con los planteamientos de globalidad e interconexión entre procesos micro sociales y estructurales. Este enfoque permite utilizar un esquema, cuanto menos sugerente, para analizar los comportamientos residenciales e interpretarlos como un proceso complejo, articulado en torno a una serie de momentos y circunstancias relevantes. El análisis de las circunstancias en las cuales se forman las necesidades residenciales, el proceso que conduce a la búsqueda de medios para su resolución y su consecuente desenlace, revela un conjunto de relaciones e interconexiones estratégicas entre los hogares y los elementos de su entorno más próximo. Por tanto, permite ampliar la visión de los comportamientos residenciales como simples cambios de vivienda o modificaciones en el entorno residencial y situarnos en una perspectiva más cercana a los procesos que los originan y el trasfondo de su resolución.

6.1 Reflexiones

Cada vez resulta más fácil relativizar las diferencias territoriales gracias a la incorporación de perspectivas comprensivas con la heterogeneidad residencial de las

personas de la Tercera edad y con la estructuración de modelos de intervención adaptados a cada estructura social.

Lo que significa que una de las dimensiones relevantes de estos comportamientos residenciales se sitúa en torno a los análisis de la estructura social en la que surgen las necesidades y se construyen las decisiones residenciales.

Los comportamientos residenciales se perfilan a partir de un proceso de toma de decisiones donde se originan importantes tensiones entre las lógicas de los actores sociales que directa o indirectamente toman parte en dicho proceso. La articulación entre las dimensiones micro sociales y macro sociales de los comportamientos residenciales concentran grandes tensiones al enfrentarse dos lógicas inversas que necesitan encontrarse. La lógica micro sociológica de los hogares se orienta hacia la dimensión macro estructural en busca de soluciones para sus necesidades residenciales, teniendo que debatirse entre la particularidad de sus requerimientos y la globalidad de las alternativas disponibles. En el otro sentido, la lógica derivada de las macro estructuras sociales se caracteriza por lo contrario, desde la generalidad trata de ir al encuentro de unas necesidades heterogéneas, poniendo a disposición de los hogares un abanico de opciones o recursos residenciales. En opinión de algunos autores como Vander Hart (1995), esta tensión entre lo público y lo privado así como el impacto de los programas públicos sobre las decisiones residenciales de los mayores no está completamente explicado.

Desde el punto de vista de los hogares, este reajuste se repite en más de una ocasión ya que si el envejecimiento suele producirse de una forma gradual estos ajustes en cada momento encontrarán un balance diferente. Esto significa que las condiciones residenciales o de adaptación surgen con un ritmo dinámico y variable, difícil de compaginar con la rigidez que domina el ámbito de las instituciones encargadas de dar respuesta a estas necesidades. La falta de sincronía entre el origen y transformación de los requisitos, junto a una multiplicación de las mismas conforme el conjunto de personas mayores crece cuantitativa y cualitativamente, y la capacidad de respuesta

por parte de las instituciones sociales dará lugar a una serie de comportamientos que buscan una adaptación interna a través de estrategias particulares.

Y esto es lo que a través del concepto de estrategia residencial se tratará de argumentar: cómo surgen las necesidades en un contexto definido por el proceso de envejecimiento, cómo estas exigencias son diferentes pero terminan construyéndose alrededor de la autonomía residencial, cómo cada hogar dispone de una serie de opciones o alternativas diferentes para adaptarse a las situaciones emergentes, y cómo realmente se accede a dichas alternativas. Por tanto, se tratará de incidir en los comportamientos residenciales como un proceso que integra situaciones, actores, necesidades, alternativas y decisiones diferentes a lo largo de todo el proceso de envejecimiento.

Y por otro lado cómo en cada uno de estos momentos se configuran relaciones diferentes entre cada uno de los agentes implicados.

Las situaciones residenciales que atraviesa una persona a lo largo de su vida reproducen ciertos aspectos de la realidad social de la cual forma parte. El comportamiento residencial de los hogares resulta de una complicada interacción de factores, actores, recursos, contextos, etc., que hacen que las decisiones adoptadas en el ámbito de la vivienda puedan ser consideradas como resultado de una estrategia.

La esencia del comportamiento estratégico queda vinculada, desde el punto de vista teórico, a los postulados neoclásicos que explican la toma de decisiones como resultado de una “acción racional” cuyo objetivo es la obtención del máximo beneficio a través de la optimización de los recursos disponibles. Esta aproximación inicial ha ido refinándose y enriqueciéndose de matices mediante su aplicación en diversos campos.

En sociología, el concepto de “estrategia” ha sido un recurso frecuente en áreas como la sociología urbana, la sociología de la familia o la demografía para estudiar procesos o comportamientos sociales cuyo común denominador se situaba en el ámbito de las decisiones o en modelos de adaptación. Las posibilidades analíticas del concepto de

estrategia tienen mucho que ver con su proyección multidisciplinar y con la posibilidad de centrar su análisis tanto en el proceso global de toma de decisiones como en cualquiera de los elementos sobre los cuales se estructura.

La revisión que realizan Garrido Medina/Gil Calvo (1993) sobre el concepto de estrategia y su aplicación a la esfera de las “estrategias familiares” cuenta con un amplio reconocimiento en el ámbito académico español. Como punto de partida, señalan dos posibles definiciones que identifican los elementos presentes en los comportamientos “estratégicos”. Una definición “amplia” del concepto de estrategia se basa en la “acción racional” que preside la selección de “recursos tácticos” por su adecuación a unos “objetivos”. En esta primera definición, los elementos fundamentales de la estrategia son, la presencia de “un abanico de posibilidades de elección”, la existencia de unos “objetivos” que guían la acción y por último, la “incertidumbre” que preside el escenario de la elección y sin la cual no existiría acción estratégica sino acto reflejo.

La segunda definición restringe el uso del término estratégico a aquellas acciones en las cuales existe una interacción social con otros sujetos o actores, también racionales. Así, este segundo concepto de estrategia estaría vinculado a la “acción racional de un sujeto (entendida como elección entre recursos alternativos por su adecuación a objetivos de futuro) cuando está situado en entornos poblados por otros actores, también dotados de recursos tácticos, cuyo comportamiento es más imprevisible que el propio del sujeto y que los parámetros del entorno” (Garrido Medina/ Gil Calvo, 1993). De esta forma la “interacción social” con otros actores “puede interferir la capacidad del actor racional para alcanzar sus propios objetivos estratégicos”.

Los recursos hacia los cuales se orienta la acción, en sí mismos, no pueden ser entendidos como “meta” de la estrategia sino que constituyen el medio instrumental para alcanzar los objetivos. El análisis de las formas en las cuales se establece la conexión entre objetivos y recursos resulta muy interesante desde la perspectiva sociológica ya que ésta no se produce de forma automática ni se realiza siempre en las

mismas condiciones. La “interacción social” con otros actores interviene de forma decisiva en el curso de la estrategia, pero existen otra serie de factores que pueden condicionar este enlace.

La disponibilidad y acceso a unos recursos que sean percibidos como posible pasarela para alcanzar objetivos se encuentra limitada por varios factores. Por un lado, el abanico de opciones o recursos tiene un claro componente estructural, diferente en cada contexto espacial y temporal en el que nos podamos situar (definido también por el tipo de estrategia que estemos observando).

Por otro lado, no todos los recursos estratégicos se traducen en opciones disponibles o reales en todos los escenarios sino que existen una serie de “filtros selectivos” y “limitaciones objetivas” que constriñen el margen de elección de cada sujeto. Así, el curso de una estrategia guarda relación con las “preferencias”, “herencia o experiencias anteriores”, “valores”, “normas”, etc., de sus protagonistas. Y aquí se encuentra el valor atribuido al análisis de las estrategias como marco articulador de los procesos y estructuras micro y macro sociales, en los cuales se ven inmersas la personas que forman parte de cualquier estructura social.

El hecho de que no exista una relación causa - efecto en los comportamientos de los individuos o grupos de individuos, podría justificar el recurso a un concepto analítico más elaborado como es el concepto de "estrategia".

Un referente generalizado en las consideraciones teóricas sobre estrategias, es su adecuación y el éxito de su aplicación al estudio de procesos y transiciones. Sin embargo, su lado oscuro se centra en la enorme complejidad que implica el control de las interconexiones que se producen entre los individuos o los grupos y los elementos de la estructura social en la que se produce la toma de decisiones (Carbonero Gamundi, 1997). Esta misma autora señala que el análisis de las estrategias individuales o familiares, es una cuestión compleja y cargada de contradicciones, por lo que es importante extremar las precauciones a la hora de utilizarlo para estudiar los cambios en la conducta estratégica. Así mismo, detecta su limitación para analizar

cuestiones como las relaciones entre los cambios micro sociales (individuos, familia) y macro sociales; los cambios en las relaciones entre las estrategias del individuo y las de la familia, asociaciones u otras instituciones; o la relación entre la acción del individuo y sus motivaciones. Por otro lado, apunta la necesidad de contar con las condiciones no conocidas y las consecuencias no intencionadas que las conductas estratégicas pueden plantear.

Pero en el ámbito residencial también podemos encontrar trabajos, donde implícita o explícitamente, se ha intentado explicar algunos procesos residenciales utilizando esquemas similares.

En términos generales, las decisiones y comportamientos cuyos objetivos están relacionados con los elementos que definen el ámbito residencial y el hecho social de habitar, constituyen estrategias residenciales. Sin embargo, esta definición resulta poco precisa ya que podría abarcar un amplio abanico de comportamientos y decisiones adoptadas a un nivel micro social por individuos y hogares como podrían ser la compra o el alquiler de una vivienda principal, decisiones relacionadas con su distribución y decoración, elección de una determinada ubicación residencial, movilizaciones vecinales o adquisición de una vivienda secundaria. Pero también podría hacer referencia a las acciones de otros agentes como el Estado, el mercado o la iniciativa social ante otro tipo de decisiones como cambios de uso del espacio residencial, diseño políticas de vivienda y equipamientos urbanos, planes de urbanismo, etc.

En este caso particular, se tratará de introducir un enfoque cercano a los procesos sociales más elementales y considerare a los hogares, y por extensión a sus miembros, como protagonistas de las estrategias residenciales. Pero esto no significa perder de vista las transacciones que éstos establecen con el resto de actores cuyas acciones, también racionales, contextualizan e interfieren en el curso de sus estrategias. En esta interacción se construye el ambiente de incertidumbre que experimentan los hogares cuando deben sortear las condiciones exigidas para acceder a los recursos que los agentes macro sociales ponen a su disposición para resolver sus necesidades. Por lo que una parte importante del abanico de opciones disponibles debe interpretarse como

producto de las estructuras vigentes. Sin embargo, este abanico de opciones, en cada hogar, se traduce en un margen de obra diferente en el sentido de que no todos los hogares tienen las mismas oportunidades de acceder a todos los recursos existentes ni estos se adaptan a las necesidades de todos los hogares.

Desde los planteamientos teóricos defendidos en esta investigación considero que una estrategia residencial se pone en marcha cuando cualquiera de los elementos sobre los que se construye el hecho social de habitar experimenta un cambio que altera el equilibrio de una situación residencial e induce una necesidad de restablecer el ajuste del sistema introduciendo nuevos elementos, adaptándose a la situación emergente o cambiando de entorno residencial. En este caso, la investigación se posiciona en torno a aquellas necesidades vinculadas a las últimas etapas del ciclo residencial, y que ya han sido definidas y caracterizadas en capítulos anteriores.

Por tanto, los objetivos que interesan son aquellos que persiguen la adaptación a las nuevas situaciones generadas en ese ciclo residencial, tratando de dar continuidad a las funciones residenciales y manteniendo o mejorando el bienestar de los hogares.

La forma en que cada hogar busca adaptarse a las nuevas circunstancias concentra el interés de la investigación. Generalmente, estos procesos de adaptación tendrán mucho que ver con procesos de adaptación orientados a intervenir sobre la capacidad de vida autónoma de los hogares, modificando algún elemento de su entorno residencial o buscando un nuevo espacio de alojamiento.

□Desarrollos y tratamientos sobre estrategias residenciales de las personas de la Tercera edad

El tratamiento de las estrategias residenciales admite un alto componente de subjetividad tal y como manifiestan las aproximaciones de autores diferentes al tema de los comportamientos residenciales. Bonvalet/Fribourg (1990) definen las estrategias residenciales como un compromiso aceptable entre las presiones derivadas del mercado de la vivienda y las presiones económicas y financieras, y los fines fijados fijos

donde todavía se agencian medios para conseguir un objetivo preciso dentro de un sistema de presiones. Y consideran estas estrategias según tres aspectos:

- **Estrategias vinculadas a la ocupación de la vivienda**, centradas en la decisión de comprar una vivienda. Las variables que pueden intervenir en la decisión de acceder a una vivienda en propiedad o en alquiler, son ante todo decisiones de carácter individual en cuyo ejercicio intervienen circunstancias personales y otra serie de factores estructurales propios de la realidad que rodea al individuo, y que por tanto condicionan su decisión. Así Bonvalet, estudia cómo el estado civil, el número de hijos, los ingresos y los itinerarios residenciales se relacionan mejor con la propiedad de la vivienda. Concede importancia a la dimensión histórica, las dimensiones del mercado de la vivienda, la valoración social de la propiedad, etc., y una variable, que sin duda resulta especialmente interesante a la hora de analizar el acceso a la vivienda de las generaciones más jóvenes: las transacciones intergeneracionales entre padres e hijos y el papel de las herencias.

- **Estrategias relacionadas con el momento del ciclo de vida**. Se refieren a las prácticas residenciales de los hogares ante situaciones de ruptura residencial ya sea con los padres, en el matrimonio o con la vida profesional, de forma que la cuestión clave no es la ruptura sino en cómo se afronta la continuidad. La jubilación aparece como un momento decisivo en el curso de vida y en el ciclo de los hogares, donde comienza una etapa de reposo y ocio antes de que lleguen las desventajas de la edad. En este momento, son muchos los hogares, en el contexto que analizan, los que están en condiciones de afrontar la compra de una vivienda secundaria, rehabilitar la casa del pueblo, etc. La movilidad residencial durante esta etapa (15 años posteriores a la jubilación) depende de factores como la edad, estado matrimonial y estado de alojamiento en el momento de la jubilación.

- **Estrategias de localización**. Lo importante es el análisis de los factores que intervienen en la movilidad residencial desde el punto de vista de su destino final: modos de vida, preferencias de localización, representación social del espacio urbano,

relación entre precio de la vivienda e ingresos de los hogares, localización en relación al trabajo, familia, etc. Las estrategias de localización pueden funcionar como estrategias intermedias ligadas también a la ocupación en alquiler, que con carácter provisional forman parte una estrategia más amplia cuyo destino objetivo final es la compra de una vivienda en propiedad.

Otro ejemplo interesante es la aportación de Lawton (1985), centrada especialmente en analizar los comportamientos residenciales de las personas de la Tercera edad. Según él, las decisiones residenciales están relacionadas con sucesos de carácter personal y ambiental. Para Lawton, las teorías sobre comportamientos residenciales han tomado como elementos centrales los factores "pull-push", el ciclo de la familia, el rol social, el estrés ambiental y la inercia personal, la vinculación psicológica, los costes económicos y los beneficios personales, etc. Llama la atención sobre el hecho de que la tradición de estudios sobre decisiones residenciales haya estado orientada únicamente en estudiar la movilidad residencial y no haya prestado atención a las decisiones que implican permanecer o mantenerse en el mismo lugar. La opción de permanecer es una estrategia clave que representa a aquellas decisiones que permiten cambiar, sin necesidad de moverse (rehabilitación, asistencia dentro de la propia vivienda, eliminación de barreras, adaptación de la vivienda), y a aquellas que permiten quedarse en las mismas condiciones. Lo que para él resulta evidente es que todas estas decisiones tienen consecuencias sobre el bienestar.

Lawton considera el modelo de Wiseman como uno de los más comprensivos a la hora de explicar los comportamientos residenciales entre las personas mayores. Una de las virtudes que reconoce a este modelo es el hecho de diferenciar la decisión de moverse de la vivienda y buscar a dónde desplazarse, y la posibilidad de trasladar su esquema a las decisiones de permanecer. Wiseman considera como determinantes de esas decisiones los "mecanismos desencadenantes" (sucesos vitales) y las características personales y ambientales. Pero quizá el aspecto más sugerente del trabajo de Wiseman es la tipología de cambios residenciales que presenta para analizar una parte de las dinámicas de relocalización residencial. Así distingue:

- Amenity Moves. El objetivo de estos cambios residenciales está relacionado con la búsqueda elegida de una mejor calidad de vida, y es el prototipo de las migraciones vinculadas a la jubilación o a las migraciones de retorno. La nueva libertad que proporciona la jubilación, incrementa la movilidad de los mayores de 65 años y, según sus datos, estos desplazamientos no suelen tener un carácter local. Las distancias más largas las recorren aquellos hogares de personas casadas que se dirigen hacia zonas soleadas. Aunque también existen "amenity moves" de carácter local en hogares que se desplazan de las afueras a los centros tras el nido vacío, a comunidades locales o a viviendas especialmente diseñadas, para aumentar el nivel de vida social y vida recreativa.

- Environmental Push: Los mecanismos desencadenantes estarían relacionados con la insatisfacción residencial: viviendas de mala calidad, ausencia de un vecindario adecuado, carencia de servicios, criminalidad del entorno, etc. Desde su punto de vista, la insatisfacción residencial predice el deseo de moverse pero no el hecho de moverse. La presión del medio (environmental push) puede funcionar como un empuje frustrado para moverse o imponer un movimiento involuntario que reforzaría la pasividad de la persona.

- Assistance Moves: La salud es el factor determinante de esta clase de movilidad: la pérdida de la salud conduce a una organización más dependiente de la vida cotidiana. El estudio de estas dinámicas residenciales puede centrarse en cambios hacia viviendas especialmente diseñadas para personas de la Tercera edad, el destino residencial de los adultos mayores con enfermedades de larga duración (residencias, viviendas de familiares, etc.), las opciones residenciales de las personas con menores ingresos ante circunstancias relacionadas con la pérdida de independencia, cómo se toman las decisiones en un escenario de pérdida de autonomía personal, etc.

- Involuntary Relocalization. En opinión de Lawton quizá este tipo de movilidad sea uno de los menos estudiados. Responden a acciones como desahucios u operaciones inmobiliarias como conversión de viviendas en apartamentos (condominium conversion). Las consecuencias de estos movimientos involuntarios tampoco han sido estudiadas y con frecuencia se centran en dos procesos diferentes. Por un lado la "gentrificación" como repoblación de las áreas más viejas pero deseables de la ciudad

por la afluencia de gente ha tenido funciones positivas para la salud, economía y sociedad del medio urbano, pero de esto puede resultar una dislocación para el adulto mayor. El otro tipo de desplazamiento son las "condominium conversion" donde los viejos inquilinos tuvieron que elegir entre comprar un pequeño apartamento o encontrar un nuevo lugar para vivir.

En este tipo de cambios residenciales, ya sean voluntarios como involuntarios, el análisis de los cambios en la tenencia de la vivienda así como la forma en la que la gente busca vivienda pueden resultar argumentos interesantes.

Por otro lado, permanecer en la vivienda es la opción mayoritaria entre las personas de la Tercera edad, pero no por esto reviste menor complejidad como opción.

Entre quienes deciden permanecer coexisten hogares que no pueden permitirse cambios residenciales y que en otras condiciones económicas, de mercado de vivienda, probablemente darían el paso; aquellos para quienes la vinculación psicológica con el entorno y la vivienda les disuade; aquellos que no desean cambiar, etc. Según los datos que manejan, los hogares propietarios de la vivienda presentaban rasgos más acusados de inmovilidad que quienes vivían en una vivienda alquilada.

Evidentemente, las estrategias residenciales han sido tratadas por muchos más autores y de formas diferentes, sin embargo, se ha querido recuperar estas dos porque sus planteamientos han inspirado numerosas hipótesis para esta investigación. No obstante, existen algunos aspectos más, que sería interesante que fueran abordados o cuanto menos contemplados a la hora de estudiar las estrategias residenciales, como podría ser si estas implican grandes o pequeñas decisiones (Garrido Medina/Gil Calvo, 1993), si son temporales, recurrentes, estacionales o definitivas (Soutelo Vázquez, 1998), en qué escenarios se producen, qué recursos humanos y económicos movilizan, con qué otras estrategias se solapan o pueden llegar a concatenarse, si tienen un carácter reversible, qué perfiles sociales tienden a utilizar cada tipo de estrategia, qué tiempo de espera requieren, qué estrategias se ponen en marcha durante este tiempo, si tienen un carácter preventivo, oportunista o urgente, quién toma las decisiones, qué capacidad de elección real se dispone, qué información se dispone y cómo llega, qué itinerarios terminan configurándose a lo largo del ciclo residencial, etc.

6.2 Referencias Bibliográficas

- ANZOLA PÉREZ, Elías, La atención de los ancianos un desafío para los años noventa, David Galinsky, OPS (1994).
- APARICIO, Ricardo, Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez, en La situación demográfica de México. México, D.F. CONAPO, (2003), (pp. 155-168).
- ARANGO y Cols, Vivir es madurar (en casas de la tercera edad), Crecal, C, Bogotá.
- ASILI, Nelida, Vida plena en la vejez, Ed. Pax. México, 1ª. Edición, (2004).
- BARRÓN, L., Trejo G., La pobreza en México: la paradoja de la política social, en Rubio L., Fernández A., editoriales, México a la hora del cambio. México: Cal y Arena/CID, (1995).
- BOLTVINIK, J., Hernández E., Pobreza y distribución del ingreso en México. México, D. F. Siglo XXI, (1999).
- BROIN, M.L., Revista Trabajo Social. Apoyo Social y Participación Comunitaria, Una Alternativa para la Intervención con Adultos Mayores, (2003).
- BURSH, T., Consideraciones sobre el análisis de la estructura del hogar y de la familia. En La familia como unidad de estudio demográfico, Centro Latinoamericano de Demografía. Costa Rica, (1976).
- CAMPOS-NAVARRO R., TORREZ D., ARGANIS-JUÁREZ E., Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. Cad Saude Pública (2002); 18 (5): (pp. 1271-1279).
- CASTRO, R., En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo., L., Lerner S. eds., Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. México, D. F. El Colegio de México, (1996), (pp. 57-85).
- CASTRO, V., et al., Las enfermedades crónicas en las personas de 60 a 69 años. En Salud Pública de México, Vol. 38 núm. 6, (pp. 438- 447),(1996).
- CATTELL, V., Poor people, poor places, and poor health: The mediating role of social networks and social capital. Soc Sci Med (2001), (52): 1502-1516.
- CEA OLIVARES, A., CAMACHO R., Edgardo. et al, Manual para el cuidador de personas adultas mayores, Instituto Mexicano del Seguro Social, (2010).

- Centros de Día. Lineamientos generales para el funcionamiento de un centro de día gerontológico.
- CEPAL, Panorama Social de América Latina 1999-2000. Se encuentra en <http://www.eclac.cl>, (2000).
- CHACKIEL, J., El envejecimiento de la población latinoamericana ¿hacia una relación de dependencia favorable?, En Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad. Seminario técnico. Santiago de Chile, CEPAL, (1999).
- CHIGNE VERÁSTEGUI, O., et al. Utilización de los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia, por adultos mayores y de menor edad, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, (1990-1997) en Revista Médica, Herediana, (2001), núm. 49, (p.p. 11-118).
- CONAPO, Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. México D.F. (2011)
- CORTÉS, F., Consideraciones sobre la marginalidad, marginación, pobreza, y desigualdad en la distribución del ingreso. Papeles Poblacionales 31; México, Centro de Investigación y Estudio de la Población/Universidad Autónoma del Estado de México, (2002). Disponible en: <http://papelesdepoblacion.uaemex.mx/rev31/pdf/cortes31.pdf>
- DAMIÁN, A., BOLTVINIK, J., Evolución y características de la pobreza en México. Comercio exterior, (2003) (pp. 519-531).
- Demos. Número especial sobre envejecimiento. México, D. F.: UNAM- Instituto de Investigaciones Sociales, (2001).
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos defunciones 1979-2009 Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). México. Secretaría de Salud <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- ENASEM. Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, (2011-2003). Disponible en <http://www.ssc.upenn.edu/mhas/espanol/inicio.htm>
- FRAGA, J.C., MENA, M., Envejecimiento. Un reto adicional. Apuntes para su estudio en América Latina, en BRONFMAN, M., CASTRO, R., coords. Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. México, D. F.: EDAMEX, (1999), (pp. 441-464).

- FERNÁNDEZ, R.B., Gerontología Social, Ediciones Pirámide, Colección Psicología, (2000).
- FLORES ALONSO, M.L., La medición de la pobreza en México. Boletín del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la H. Cámara de Diputados (en línea), núm. 1, (pp. 1-8). Disponible en: www.diputados.gob.mx/cesop/boletines/no1/3.pdf, (2002)
- Foro Mundial ONG sobre Envejecimiento. Propuestas y recomendaciones de acción para los gobiernos y la sociedad civil. Madrid, 5-9 abril (2002) 1-4. Disponible en: <http://www.forumageing.org/espanol/informacion/propuestas.htm>
- GOMES DE CONCEIÇÃO, MC., Condiciones socioeconómicas de la tercera edad. Demos, (2001), (pp. 13- 15).
- GUTIÉRREZ ROBLEDO, L.M., Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México, en HERNÁNDEZ, H. y MENKES, C. (ed.), La población mexicana a fines del siglo XX, México, SOMEDE, CRIM-UNAM, (1998)
- GUTIÉRREZ ROBLEDO, L. M., Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México, en Salud Pública de México, Vol. 32, núm. 6, (pp. 693-701).
- HAM-CHANDE, R., Características sociales y económicas en las edades avanzadas, en El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México: El Colegio de la Frontera Norte, (2003), (pp. 171-216).
- HAM CHANDE, R., El envejecimiento en México, Colegio de la Frontera Norte, México, (2003).
- HAM-CHANDE, R., Vejez y dependencia. Paradigmas y nuevos contratos sociales. Demos, (2001), (PP. 27- 28).
- HERRERA, EUGENIA, Políticas Públicas y Proceso de Envejecimiento en México, Consejo Estatal de Población de Aguascalientes. Instituto Internacional de Gobernabilidad.
- INAPAM, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores, México (2010).
- INAPAM, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, Por una Cultura del Envejecimiento, México, (2010).
- INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda. México, D. F., (2010).

- LAMAS, M., *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. México, D. F., Taurus, (2002).
- LARA, MA., *Inventario de masculinidad y feminidad (IMAFE)*. México, D.F., El Manual Moderno, (1993).
- LIMÓN MENDIZÁBAL, Ma. Rosario, *Grupo de Debates para Mayores*, Narcea, S.A, Mediciones: España. (2002).
- LUDOJOSKI, Roque., (1981) *Andragogía. Educación del Adulto*. Argentina. Editorial Guadalupe.
- *Manual de Estancia de Día, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia*, Octubre 2005.
- MAJOS, A., *Manual de Prácticas de Trabajo Social en la Tercera Edad, Siglo XXI*, Madrid.
- SALGADO, A., GUILLE, F., *Manual de Geriatría*, Editorial Salvat, (1992) España.
- MARTÍN RUIZ, J.F., *Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales*, *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona, vol. IX, núm. 190. ISSN: 1138-9788, 1 de junio de 2005.
- MENDOZA NÚÑEZ, V. M., MARTÍNEZ MALDONADO, M., et al. *Gerontología comunitaria*, Ed. Papime, México, (2008).
- MIER y TERÁN, M. *Pobreza y transiciones familiares a la vida adulta en las localidades rurales de la península de Yucatán. Población y Salud en Mesoamérica*. *Revista electrónica* 2004; 2(1) artículo 5: 1-43. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista>
- MILLÁN CALENTI, J. C., *Principios de Geriatría y Gerontología*, Mc. Graw-Hill-Interamericana, España (2006). Demos México. Coordinación de Humanidades de la U. N. A. M., (pp. 17-18).
- MISHARA Y RIEDEL, *El proceso de envejecimiento*. España. Editorial Morata, (1971).
- MONCHIETTI A., CABALLERO, I., SÁNCHEZ, M., LOMBARDO, E., *Representaciones de la vejez*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, (2000), 32 (3), (pp. 519-536).
- MONTES DE OCA, V., *Diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México*. *Papeles Poblacionales* 19; México: Centro de Investigación y Estudios de la Población / Universidad Autónoma del Estado de México, (1999), (pp. 149-172).

- MONTES DE OCA, V., Dinámica demográfica en México durante el S.XX y la Perspectiva futura para los adultos mayores del S.XXI, en la memoria del Foro Envejecimiento y Derechos de los Adultos y Adultas en Plenitud, (2002), México. INM
- MONTES DE OCA, V., Familia, sociedad y vejez. Las personas adultas mayores y sus apoyos informales. Demos, (2001), (pp. 34-35).
- MONTES DE OCA, V., (1996) La tercera edad: situaciones sociales de los viejos, en: Demos México. Coordinación de Humanidades de la UNAM., (pp. 34-35).
- MONTES DE OCA, V., Redes comunitarias, género y envejecimiento, Cuadernos de Investigación 31, México, D. F.: UNAM- Instituto de Investigaciones Sociales, (2005)
- OLVERA, L., Fracasan políticas estatales de atención a la tercera edad. Gaceta UNAM 2004.
- ORDORICA, M., Cambios en la estructura por edad de la población: olas demográficas, en Demos México. Coordinación de Humanidades de la UNAM, (1997), (pp. 8-10)
- ORTEGA, M. T., Educación de la mujer indígena: estrategia de desarrollo regional, en GALEANA, P., comp. La condición de la mujer indígena y sus derechos fundamentales. México, D. F.: UNAM Coordinación de Humanidades, (1997), (pp. 103-116).
- PALMA, Y., La gran metrópoli y los viejos. La población mayor en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Demos, (2001), (pp. 36-37).
- PALMA. J. L., El apoyo familiar. Transferencias de y para la población mayor dentro y fuera del hogar. Demos (2001), (pp. 40-41).
- PARTIDA, B. M., (1991) La sobrevivencia de los viejos: vivir más cuesta más, en PARTIDA, V., Perspectivas del cambio demográfico. Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050. Demos, (2001), (pp. 6-7).
- PÉREZ ZEPEDA, Envejecimiento Humano, Una Visión Transdisciplinaria, Instituto de Geriátría, capítulo Deterioro Cognoscitivo, 1ª edición, México, (2010).
- ROBLES SILVA, L., El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible en el envejecimiento, en Estudios Demográficos y Urbanos 48, vol. 16, núm. 3, septiembre-diciembre, (2001).
- RODRÍGUEZ GARCÍA, Rosalía, LAZCANO BOTELLO, Guillermo, Práctica de la Geriátría, Mc Graw-Hill Interamericana, (2007).

- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, Residencias y otros alojamientos para personas mayores, Panamericana, España, (2007).
- SALGADO, A. y GUILLÉN, F., Manual de Geriatría. Serie Manuales Espiral, Salvat, (1992).
- SALGADO, N., WONG, R., ed. Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida. México, D.F., Instituto Nacional de Salud Pública, (2003).
- SALVADOR-CARULLA, L., CANO SÁNCHEZ, A., CABO-SOLER, J. R., Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Editorial Médica Panamericana. Asociación para el Estudio Científico del Envejecimiento Saludable, (2003).
- SLUZKI, C., De cómo la red social afecta la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social, en La red social: frontera de la práctica sistémica, Barcelona, Gedisa, (1996), (71-91).
- TERAN, RODOLFO., Cuando el Envejecimiento demográfico nos alcance, CONAPO. 2004
- VARLEY, A., BLASCO, M., ¿Cosechan lo que siembran? Mujeres ancianas, vivienda y relaciones familiares en el México urbano, en GOMES, C., comp. Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica. México, D.F.: FLACSO/Porrúa, (2001), (pp. 301-322).
- WELTI-CHANES, C., Economía y envejecimiento. Cambios socioeconómicos y sobrevivencia de la población mayor. Demos (2001), (pp. 25-26).
- WONG, R., ESPINOZA, M., Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México, Papeles Poblacionales. 37, México, DF: CIEAP/UAEM, (2003), (pp. 129-166).
- WONG, R., La relación entre salud y nivel socioeconómico entre adultos mayores: diferencias por género, en SALGADO, N., WONG, R., eds. Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida. México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública, (2003), (pp. 97-122).
- WONG, R., Transferencias intrafamiliares e intergeneracionales en México, en Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas, México, D. F. CONAPO, (1999) (pp.147-169).



**XVII Congreso Internacional
De Investigación en
Ciencias Administrativas**

LAS CIENCIAS ADMINISTRATIVAS ANTE LOS RETOS
DEL EMPLEO Y LA CRISIS LABORAL MUNDIAL
Guadalajara, Jal. México.



La Academia de Ciencias Administrativas, A. C.
y la Universidad del Valle de Atemajac
otorgan el presente

R E C O N O C I M I E N T O

a

**Claudia Michelle Alcalá Ceballos, José Luis Flores Galaviz
Leticia Refugio Chavarría López**

por su participación como ponente

en la mesa: Emprendimiento, creación e innovación de empresas con la ponencia: Retos sociales,
económicos y laborales de emprendimiento para la implementación de casas para la atención a
personas de la tercera edad en México.

en el XVII Congreso Internacional de Investigación en Ciencias Administrativas

A B R I L 2 0 1 3

Dra. Virginia Guadalupe López Torres
Presidencia ACACIA 2012-2015

Mtro. José Carlos Pérez Gómez Medina
Director General Académico UNIVA

Dra. Ana Leticia Gaspar Bojórquez
Coordinadora de Investigación Institucional UNIVA



Thought Leaders in Accounting



El ISEOR certifica que **José Luis FLORES GALAVIZ** participó del **3er Congreso Trasatlántico**

“de Contabilidad, Auditoría, Control de Gestión, Gestión de Costos”, sobre el tema: “CRISIS Y PROSPERIDAD”

organizado conjuntamente entre el ISEOR, la American Accounting Association (AAA), Management Accounting Section y el Instituto Internacional de Costos (IIC), con la asociación de la Association Francophone de Comptabilité (AFC), Le Cnam, la

FNEGE, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el IAE Lyon,

en la Universidad Jean Moulin, del 5 al 7 de junio de 2013, **con la(s) ponencia(s) titulada(s) :**

GESTIÓN DE COSTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CASAS DE ATENCIÓN A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN MÉXICO

(Presentada con): Claudia Michelle ALCALÁ CEBALLOS, Ma. del Carmen TREJO CÁZARES

SE EXTIENDE LA PRESENTE PARA LOS FINES QUE EL INTERESADO O LA INTERESADA REQUIERA.

Lyon, Francia, a 5 de junio de 2013

Profesor Dr. Henri SAVALL
Presidente-fundador del ISEOR

ISEOR - Institut de Socio-Économie des Entreprises et des Organisations

15, chemin du Petit Bois – France - 69134 ÉCULLY Cedex - Tél. (33) (0) 4.78.33.09.66 - Fax. (33) (0) 4.78.33.16.61

www.iseor.com



La Red Internacional de Investigadores en Competitividad

otorga la presente

CONSTANCIA A:

Alcalá Ceballos Claudia Michelle

Por su exposición de la ponencia:

La competitividad como un principio para el logro de la calidad de vida de la población de la tercera edad en México.

en el **VII Congreso Anual 2013**
“Competitividad Global: Desafíos Políticos y Financieros”
 Puerto Vallarta, Jalisco 13, 14, y 15 de Noviembre de 2013

Dr. José Sánchez Gutiérrez
Presidente





XVIII Congreso Internacional
de investigación en ciencias administrativas

Administración,
gestión de la innovación y

Academia de Ciencias Administrativas, A.C. y la
Universidad Autónoma de Baja California
otorgan el presente

RECONOCIMIENTO

a

Alcalá Ceballos Claudia Michelle

Por haber presentado la Ponencia titulada

*Desarrollo sustentable en modelos eco-holísticos para residencias
gerontológicas en México*

Tijuana, Baja California, a 25 de Abril del 2014

Dr. Sergio Octavio Vázquez Núñez
Director de la Facultad de Contaduría y Administración

Dra. Virginia Guadalupe López Torres
Presidenta ACACIA





Centre de Recherche Magellan

El ISEOR certifica que **José Luis FLORES GALAVIZ** participó del **5º coloquio y seminario doctoral internacional**, sobre el tema :

"Retos actuales del cambio y de las intervenciones en las organizaciones"

organizado conjuntamente entre el Centro de investigación **ISEOR**, Magellan, IAE Lyon, Universidad Jean Moulin, y las Áreas "Desarrollo Organizacional y Cambio" y "Management Consulting" de la Academy of Management (Estados Unidos)

en la Universidad Jean Moulin, del 11 al 13 de junio de 2014, con la ponencia titulada :

➤ **"Un cambio de paradigma en México: la cultura del envejecimiento activo"**

(Presentada con): **Claudia Michelle ALCALÁ CEBALLOS, Maria del Carmen TREJO CÁZARES**

SE EXTIENDE LA PRESENTE PARA LOS FINES QUE EL INTERESADO O LA INTERESADA REQUIERA.

Lyon, Francia, a 13 de junio de 2014

Profesor Dr. Henri SAVALL
Presidente-fundador del ISEOR

ISEOR - Institut de Socio-Économie des Entreprises et des Organisations

15, chemin du Petit Bois – France - 69134 ÉCULLY Cedex - Tél. (33) (0) 4.78.33.09.66 - Fax. (33) (0) 4.78.33.16.61

www.iseor.com