

**UNITED NATIONS EXPERT GROUP MEETING ON SOCIAL
AND ECONOMIC IMPLICATIONS OF CHANGING
POPULATION AGE STRUCTURE**

Population Division

Department of Economic and Social Affairs

United Nations Secretariat

Mexico City, 31 August – 2 September 2005

SALUD Y ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Emilio José García Mayo

SALUD Y ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO.

**Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Emilio José García Mayo**

El envejecimiento poblacional se ha tornado importante conforme se ha convertido en un fenómeno global, tras la casi universal disminución de la fertilidad y en menor grado, por el incremento de la esperanza de vida. El tema es de interés inmediato en los países desarrollados, donde el envejecimiento está ya muy avanzado y continuará, con serias consecuencias en cada aspecto de la vida. También está cobrando importancia en países como México, donde el Consejo Nacional de Población (CONAPO 2004) ha comenzado a preocuparse acerca de lo que implica el envejecimiento de la población. Con personas en México viviendo más y procreando menos hijos, tendremos que estar preparados para enfrentar el nuevo desafío del envejecimiento demográfico. Los avances médicos y las medidas de medicina preventiva han significado un progreso contra las enfermedades transmisibles, las cuales fueron alguna vez la principal amenaza en nuestro país. Pero al mismo tiempo, el número de personas con padecimientos crónicos y degenerativos se ha incrementado. Las tasas de mortalidad de las enfermedades transmisibles en niños menores de un año disminuyeron a la mitad en los últimos 50 años. Le siguió la disminución de las tasas de natalidad de 3.1 a 2.4 hijos por mujer. Esto coincidió con el envejecimiento de la población general. El resultado neto es que hoy en día, la gente de más de 85 años constituye el grupo poblacional de más rápido crecimiento, incrementándose a un ritmo de 3 a 5% por año. La población de más de 65 años de edad, está creciendo a una tasa del 2% por año aproximadamente mientras que la población general está creciendo a un ritmo de 1.3% anualmente. No sólo hay hoy día más adultos mayores, sino que más personas vivirán cada vez más. Al inicio del siglo XXI, la esperanza de vida al nacimiento en México, llega ya a los 74 años (WHO, 2001a).

Con más adultos mayores viviendo más, las enfermedades crónicas y las causas externas han desplazado a las enfermedades transmisibles como las principales causas de muerte. Ellas causan ahora más de las dos terceras partes de todas las muertes. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, los traumatismos, y la discapacidad han llegado a ser los problemas de salud más importantes. Los trastornos endocrinos como la diabetes y el síndrome metabólico son particularmente frecuentes. Los cuidados para una población más vieja deben evolucionar si queremos enfrentar eficazmente el tipo de problemas de salud que habrán de presentar.

Un componente crítico del sistema es el nivel de atención primaria donde en su gran mayoría son atendidos. Los adultos mayores que viven en áreas aisladas son los que menos acceso tienen a la asistencia médica. Las desigualdades en el riesgo de enfermarse y morir, corresponden a desigualdades en la distribución del ingreso. Las nuevas políticas de salud tendrán que reconocerlo. En este contexto además, la medicina preventiva sigue siendo importante para limitar el impacto de factores de riesgo como la contaminación ambiental, el tabaquismo, el sedentarismo, la violencia, los problemas de salud mental, la dieta inadecuada, los accidentes automovilísticos y el abuso de drogas (WHO, 2001b).

Hoy en México, la longevidad puede ser un arma de doble filo. Muchos nunca pensaron que envejecer podía ser tan agotador y difícil. Para aquellos que son pobres, envejecer significa nuevas cargas y preocupaciones sobre la planeación de sus últimos días. En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, nuestro gobierno firmó el nuevo Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento (UN, 2002). Pero el estar de acuerdo con el plan es sólo el inicio de un proceso. El problema clave es como el plan es puesto en práctica y sus efectos supervisados. El desafío incluye también al tema del envejecimiento y el desarrollo. Hasta ahora, el envejecimiento ha quedado al margen en los debates acerca del desarrollo. Los Objetivos

Internacionales de Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (WHO, 2004) en gran parte ignoran la pregunta de como los adultos mayores pueden escapar de la pobreza crónica y ser incluidos en planes para un mejor futuro.

MEXICO ALCANZARA LA ETAPA DE ENVEJECIMIENTO EN POCO TIEMPO Y CON POCOS RECURSOS.

No es nuestra intención discutir en gran detalle los datos demográficos, pero un resumen comparativo de estadísticas relativas al envejecimiento poblacional para países industrializados y en vías de desarrollo se muestra en la Tabla 1. Estos datos fueron obtenidos a partir del Anexo Estadístico del Informe de Salud Mundial 2001a de la ONU.

Como se puede observar en estos datos, todos estos países están encarando un rápido crecimiento de la población adulta mayor, aunque, en la práctica, sus edades de corte para definir "viejo" no son las mismas. En realidad, para varios objetivos locales (edad de retiro, de jubilación, y concesiones), diferentes países especifican distintas edades cronológicas. Por ejemplo, la edad requerida para tener derecho a servicios y cuidados para ancianos en Tailandia como en Malasia es de 60 años, mientras que en Hong Kong, Corea, y Singapur es 65 y en México 70. Ambos, Hong Kong y Singapur; tienen las menores edades de jubilación en algunos sectores, 55 años (aumentando a 60) para Singapur, y 60 años para Hong Kong, en muchas empresas y el sector público. Independientemente de las definiciones, el envejecimiento cronológico de la población en la mayor parte de países es obvio: en Hong Kong, el 11 % de la población tiene más de 65 años de edad; en Singapur, Tailandia, Corea, y México, es el 7 %; y en Perú o Malasia, es el 4 %, todos incrementos sustanciales con respecto de lo que figuraba en otras décadas.

Los factores que mantienen el incremento de la población envejecida son similares para la mayoría de los países. Una razón importante para este envejecimiento demográfico es una tasa de natalidad muy baja. Además del incremento gradual de la esperanza de vida. La esperanza de vida al nacimiento de hombre y mujeres en Hong Kong es 77 y 82 años respectivamente, mientras cifras comparables en Singapur son 76 y 80, en Malasia, 70 y 75, en México 70 y 74. Existen también muy altos índices de dependencia de los viejos en estos países, y aún cuando las tasas de dependencia no son perfectas, a menudo son tomadas como un indicador de aumento potencial de la carga tanto sobre la población económicamente activa como sobre los gobiernos y sus economías, principalmente en salud y gasto social. En muchos sentidos, el incremento en los índices de dependencia y el incremento en la esperanza de vida, como reflejo del envejecimiento de la población, muestran el éxito de la política social y económica, en salud y nutrición, el impacto de los servicios sociales modernos y los mejores niveles de vida de la población.

El envejecimiento demográfico en estos países está influenciado por el previo crecimiento demográfico explosivo y la consecutiva disminución rápida de la natalidad (Liao, 1996). Esto ha llevado a un rápido y explosivo envejecimiento poblacional. Además, el incremento de los ancianos ocurre en un contexto de pobreza, gran heterogeneidad y profunda inequidad. México debe enfrentar al mismo tiempo el crecimiento de la población joven y de aquellos en edad productiva. Entre los años 2020 y 2040, tendremos estructuras etáreas que se parecerán a aquellas del mundo desarrollado de hoy. Sólo quedan 20 años para obtener recursos que puedan ser dedicados al cuidado del anciano y desarrollar una infraestructura con el mismo objetivo.

Las tendencias demográficas (UN, 2003) muestran que las diferencias entre regiones son considerables, en el momento actual: existe una brecha de 15 puntos entre el porcentaje de adultos mayores de los países menos desarrollados y el de las regiones más desarrolladas en el año 2000. Por ejemplo, México se está transformando hacia un modelo similar al de las regiones desarrolladas. En este contexto, es claro que el envejecimiento de la población del tipo que conlleva serias limitaciones económicas y sociales en la mayoría de los países desarrollados, no

tiene una perspectiva tan diferente en muchos países en desarrollo y de ingresos medios y es ya causa de inquietud en México, basta con observar el debate sobre nuestro sistema de pensiones. Las dimensiones sociales y económicas de este fenómeno dependen también de la dinámica de la población más joven. Si esta población crece tanto o más rápido que la población adulta mayor, entonces las necesidades de estos probablemente serán desatendidas. Desde esta perspectiva, lo que importa son los crecimientos relativos de ambos segmentos de la población. Los datos de Las Naciones Unidas permiten proyecciones que muestran cómo, con pocas excepciones, las tasas de aumento de la población anciana durante los períodos más recientes son más altas que el incremento del total de la población, y que estas tasas han estado aumentando regularmente. Esto muestra cuán rápido se ha presentado el envejecimiento aun cuando ha pasado inadvertido durante mucho tiempo.

Mientras en países desarrollados, la realidad actual es la de una población envejecida que es más sana y mejor educada y de los cuales el 60 % no está incapacitado ni es dependiente (Robine and Romieu, 1998), en los países en desarrollo el análisis de la situación revela muchos problemas que hacen más difícil el cuidado de la población envejecida que está emergiendo, entre quienes el analfabetismo, la pobreza y el escaso apoyo social y familiar prevalece y conduce a una pobre capacidad de auto-cuidado. En tal contexto, encontrar el medio para lograr una compresión en la morbilidad, ayudando a la población envejecida con 13-16 años adicionales a la esperanza de vida para que a la edad de 65 años permanezca activa y robusta hasta los últimos años de su vida será el desafío más grande de la salud pública para el siglo veintiuno (Gutiérrez-Robledo, 2002).

Además, una hipótesis inquietante ha sido propuesta, sugiriendo que las mejorías masivas en la supervivencia, como aquellas que ocurrieron en América Latina durante los años sesenta, y concentradas en unos pocos años después del nacimiento probablemente induzcan cambios importantes en la media y la varianza de distribución de la fragilidad de la población anciana (Palloni *et al.*, 2002). Es bien conocido que este hecho por sí solo podría favorecer el aumento de la prevalencia de la discapacidad así como la desaceleración de la mejoría en la mortalidad de los viejos que se esperaría de otra manera. Entonces, el estatus de salud del adulto mayor y las limitaciones funcionales probablemente tiendan a tener peores desenlaces que aquellos observados entre los adultos mayores de países más desarrollados. Si esta hipótesis demuestra ser verdadera, entonces el proceso de envejecimiento en la región habrá de caracterizarse no sólo por su rapidez y dimensión pero también por una "expansión de la morbilidad", conducente a un enorme incremento en la demanda de los servicios de salud.

En tales condiciones, países como el nuestro se enfrentarían al "fracaso del éxito": nuestra población logra una mayor esperanza de vida, pero sólo para pasarla en situación de enfermedad y dependencia debido a la carencia de recursos y servicios específicos. Sin embargo, al mismo tiempo, tenemos una oportunidad para la planeación social creativa. Si nuestros políticos entienden la urgencia y las implicaciones de todos estos fenómenos, y las conexiones entre el envejecimiento poblacional, el estado de salud a edades tempranas y el crecimiento económico, la actual carencia de infraestructura abriría el camino para el desarrollo de sistemas de cuidados a largo plazo, basados en la comunidad.

MEXICO EXPERIMENTARÁ CAMBIOS EN LAS TRANSFERENCIAS INTERGENERACIONALES.

La economía del envejecimiento ha sido analizada principalmente en países desarrollados. En un muy diferente contexto del nuestro, con grandes sectores informales, flexibilidad de los modelos de participación en trabajo, gran economía no monetizada y carencia de sistemas de pensión generalizados. La atención ha sido enfocada principalmente sobre las consecuencias negativas del envejecimiento, como los problemas para apoyar económicamente a los viejos que no participan en la fuerza laboral o lo hacen pero son poco productivos; y problemas en cuanto a la

insuficiente asistencia médica geriátrica, como el financiamiento de nuevas instalaciones y servicios o bien su adaptación. Pero la economía del envejecimiento en este contexto debe ser examinada a la luz de una perspectiva demográfica más amplia, donde el envejecimiento es sólo un aspecto. Se necesita una visión balanceada y amplia de las implicaciones de estos cambios. En la transición demográfica que sufrimos, la disminución de la natalidad no sólo se debe a un aumento en la proporción de viejos, sino también, a una reducción en la proporción de gente más joven. De particular interés es la proporción de los menores de 15 años, que son también dependientes, aunque en un grado menor. Por tanto, debemos colocar el envejecimiento proyectado dentro del contexto de dependencia de edad total. En décadas recientes, el cambio más significativo en estructuras etáreas en los países en vía de desarrollo ha sido la reducción de la proporción de jóvenes debido a disminución de la natalidad: la proporción de población de 0 a 14 años ha estado disminuyendo de 1970 a 1995. Esta seguirá disminuyendo y esta reducción será tan grande como el aumento en el número de viejos. Este movimiento y la posible reducción en la carga total de dependientes por persona en los grupos de edad activos, a su vez, abren oportunidades para re-direccionar la inversión en salud y desarrollo humano. El período durante el cual la tasa de dependencia por edad disminuye ha sido llamado el "bono" demográfico. Este movimiento implica cambios en las necesidades y, por lo tanto, requiere adaptaciones para la inversión en programas sociales y de salud. Por ejemplo, como el total de los gastos para la educación de la sociedad disminuyen durante este proceso, los recursos podrían ser desviados para solventar parcialmente los gastos adicionales en salud generados por el envejecimiento (Schulz *et al.*, 1991).

Para algunos viejos, la vida será mejor en el siglo veintiuno, para otros será peor, pero para la mayoría habrá probablemente poco cambio. Las sociedades humanas, de las cuales los viejos son una parte integral, están sujetas a presiones económicas, sociales y políticas. Las dos terceras partes de los ancianos del mundo en este siglo viven en países en vías de desarrollo, la mayoría en condiciones de pobreza. La principal causa subyacente de enfermedad en la mayor parte de estos países, la pobreza, será solucionada muy lentamente, si es que esto alguna vez sucede. La pobreza y la crisis económica afectan desfavorablemente los índices de mortalidad entre los ancianos, más en mujeres que en hombres, y la asociación ha estado incrementándose con el tiempo (Wang *et al.*, 1997). En 1992, el recrudecimiento del embargo a Cuba aumentó la mortalidad en la gente de más de 65 años en 15 %. En 1995 la crisis económica en México tuvo un efecto similar (Cutler *et al.*, 2000). El anciano constituye un grupo particularmente vulnerable en los momentos de crisis económica. La salud de los ancianos en México probablemente es particularmente sensible a las tendencias económicas, y el actual apoyo de la Seguridad Social puede no ser suficiente para prevenir esta situación. Las tendencias actuales indican que la brecha entre ricos y pobres se ensanchará y permanecerá si no se implementa un profundo cambio en las economías (Davies, 1999). Mientras México lucha para enfrentar sus problemas económicos, el individuo anciano es marginado. Las manifestaciones de pobreza son mucho más severas en el viejo. La pobreza rural deja a los viejos solos en las poblaciones para cuidar de ellos mismos, mientras la familia emigra a los Estados Unidos o bien a áreas urbanas en busca de empleo. En medio de la competencia por los recursos a nivel nacional y familiar, el bienestar del anciano tiene hasta ahora una muy baja o ninguna prioridad.

MEXICO ENFRENTA ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LA POBLACIÓN EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

La pobreza en la ancianidad es a menudo considerada como un asunto de beneficencia en vez de enfocarla desde la perspectiva de los derechos humanos elementales. En economía, la pobreza entre la gente de mayor edad se acepta como una norma. En asuntos de salud, la discriminación rutinaria en contra de los ancianos es tolerada; mientras que en temas de seguridad personal, la

violencia en contra de la gente de la tercera edad se percibe como un asunto de nadie. La política hacia los ancianos tiene que basarse en la igualdad de derechos para todos, incluida la gente mayor. En la práctica, la gente de mayor edad no es tratada con igualdad ante la ley. Las leyes que protegen a la sociedad de la violencia, con frecuencia no son aplicadas en aquellos casos en contra de la gente de la tercera edad. Los adultos mayores se llenan hoy día de temor y ansiedad de cara al envejecimiento, no solo debido al problema de la pobreza que cada vez se agudiza más, sino también por que se incrementa la dependencia de los demás y en consecuencia se tornan vulnerables al maltrato y al abuso. Los servicios de seguridad social del estado frecuentemente discriminan en contra de los ancianos. Donde estos servicios se ofrecen, a menudo las personas de edad avanzada son excluidas, ya sea de manera formal al imponer límites de edad, o de manera informal, por medio de actitudes negativas del personal que ahí labora.

Existe mucha gente de edad que trabaja o tiene necesidad de hacerlo aun en la edad avanzada, y por lo tanto, enfrentan los mismos requerimientos que otros grupos al momento de conseguir empleo, tener acceso a créditos, asistencia social, educación y esquemas de capacitación. Una de las razones por las que con frecuencia se niega el crédito es la edad y existe un límite de edad en la mayoría de los planes o sistemas de préstamos. La pobreza, la exclusión social y estas actitudes discriminatorias hacia los ancianos constituyen una violación de los derechos humanos. Los principios de la ONU para la atención de las personas de la tercera edad, no son, desafortunadamente, derechos exigibles.

MEXICO HABRA DE EXPERIMENTAR UNA CRECIENTE EXPECTATIVA POR LOS PROGRAMAS GERONTOLOGICOS GUBERNAMENTALES Y TENDRA PROBLEMAS AL MOMENTO DE INTENTAR SU EJECUCION.

Los ancianos, con su gran necesidad de cuidados médicos, son una carga considerable para los sistemas de salud de cualquier sociedad e imponen una urgencia adicional en la búsqueda de soluciones. El ideal de un proceso de envejecimiento saludable requiere que las personas mayores compartan o tengan acceso a las mismas instalaciones generales disponibles para la población en su conjunto, y que también reciban cuidados adicionales que estén a la altura de sus necesidades especiales. Estas necesidades incluyen los entornos o ambientes sociales y físicos, la promoción de estilos de vida saludables y la provisión de cuidados médicos y de enfermería. Muy pocos profesionales eligen hacerse cargo de la salud de los ancianos, y como la mayoría de los ancianos en el mundo son mujeres, su bajo estatus, continuará siendo un gran obstáculo para el mantenimiento de su salud a medida que envejezcan. La pobreza es el principal determinante de un mal estado de salud en todas las edades y si bien su reducción no es estrictamente un asunto del sector salud, ciertamente constituye un factor que no se puede excluir, porque su persistencia continuará afectando de manera adversa cualquier intervención de salud.

El envejecimiento tiene impacto en las políticas gubernamentales de dos maneras. En primer lugar, las buenas políticas pueden ser fácilmente desestimadas si no toman en cuenta los cambios demográficos radicales que están sucediendo. La evolución del perfil poblacional crea nuevas oportunidades y retos. Una política social apropiada reconoce el valor de los recursos humanos representados por un gran número de personas en edad mayor, apoya su papel en el mejoramiento de la calidad de nuestras sociedades y protege su derecho a vivir decentemente y con dignidad en la parte final de su vida. En segundo lugar, existen poderosas razones económicas, sociales y éticas para un cambio fundamental en la política y en la opinión pública con respecto a los ancianos en nuestra sociedad. Nuestro país no puede darse el lujo de ignorar la contribución a la economía y al desarrollo social que hicieron millones de gentes mayores. Más aún, en materia de igualdad y ciudadanía, las necesidades de la gente mayor tienen que verse desde la perspectiva de los derechos humanos. Debe ponerse fin al descuido de los derechos más

básicos de los ancianos como la alimentación, el albergue, el cuidado médico, etc. El precio de esta negligencia es el incremento de la pobreza, no sólo para aquellos que ya son ancianos sino también para las generaciones futuras. Perderemos la oportunidad de manejar nuestro propio futuro a menos que se tomen ahora acciones concretas.

TRANSICIÓN EPIDEMIOLOGICA: LA EXPANSION DE LA MORBILIDAD CRÓNICA.

En 1971, Abdel Omran fue el primero en proponer el concepto de transición epidemiológica. Hoy en día este enfoque se utiliza ampliamente en los estudios poblacionales. Sin embargo, el concepto está probablemente rebasado ya que está claro que la evolución del perfil epidemiológico en diferentes regiones del mundo no sigue un patrón en particular. En la experiencia Latinoamericana esta transición muestra algunas características peculiares, tales como la multiplicidad; no hay un solo camino a seguir, sino varios posibles, y la vulnerabilidad del curso transicional. (Palloni, 1990). En países como México, el mejoramiento de los estándares de vida no ha sido uniforme para la población y la vulnerabilidad del sector más pobre está creciendo como consecuencia de programas económicos que no lo han favorecido. Las consecuencias negativas se manifiestan en una mayor morbilidad y mortalidad en estos grupos vulnerables. Es así que los patrones de morbilidad no están cambiando uniformemente hacia desórdenes degenerativos ya que las infecciones aun afectan en gran medida a nuestros ancianos (la tuberculosis es un caso particular y su incidencia va en aumento) y la evolución de los desórdenes crónico-degenerativos se ve influenciada por la mala nutrición en su patogénesis y en sus desenlaces como en el caso de la diabetes cuya alta prevalencia está asociada con una prevalencia aun mayor de otros factores de riesgo coronarios, ambos asociados con un mayor riesgo de daño funcional. (Lerman *et al.*, 1998).

El proceso de envejecimiento expone a los individuos a mayores riesgos de enfermedad y discapacidad. Los factores claves que afectan el perfil de salud de las personas en edad avanzada son la incidencia y el momento de ocurrencia de las fases tempranas de las enfermedades crónicas y de la discapacidad, la magnitud de los índices de recuperación y de mortalidad. Pero en las condiciones de México, la exposición a problemas de salud a lo largo de toda una vida significa que mucha gente entra a la tercera edad ya con una salud crónicamente deteriorada. Las personas se fragilizan y sufren deterioro funcional mucho tiempo antes. Esto se ve más en mujeres, quienes después de muchos años de trabajo físico intenso, nutrición deficiente y múltiples embarazos, están en la puerta de la ancianidad al final de sus años reproductivos. Para nuestra gente mayor, la salud individual va de la mano con la seguridad material en cuanto a prioridades se refiere. La salud física es lo que más valora mucha gente pobre, porque su pérdida limita la capacidad de trabajar, de funcionar independientemente y de mantener un estatus mínimo. La enfermedad es por lo tanto una amenaza siempre presente en la edad avanzada. Mucha gente mayor vive en constante temor de enfermarse porque no pueden darse ese lujo. A pesar de su importancia, el cuidado de la salud es inaccesible para muchos. Los hospitales se encuentran en centros urbanos lejos de zonas rurales donde las personas ancianas continúan viviendo. Los que viven en las ciudades con frecuencia pueden obtener acceso a las instalaciones de salud utilizando el transporte público, pero éste es caro, incómodo y no está adaptado para un fácil acceso. Por otra parte, con frecuencia los tratamientos están fuera del alcance de la gente mayor, incluso donde nominalmente se ofrecen de manera gratuita. Donde existen políticas de gratuidad como en el Distrito Federal, la gente mayor no se puede beneficiar por la falta de información, por que hay pocos recursos, o a causa de un pobre manejo administrativo. La actitud negativa de los empleados en el trato es también un factor de disuasión (Palloni *et al.*, 2002).

El reto para los sistemas de salud tiene dos facetas, la primera: el posponer la enfermedad crónica tanto como sea posible; y la segunda: el proveer de servicios adecuados a las personas cuando desarrollan enfermedades potencialmente fatales o discapacitantes. La Organización Mundial de

la Salud (Yach *et al.*, 2004) estima que para el año 2020 los padecimientos crónicos junto con los desórdenes de salud mental y las lesiones representaran el 70% de las necesidades de salud en países como México. La gente anciana constituye una parte significativa de esta carga. Si no se atienden con eficacia las enfermedades crónicas serán una seria amenaza para la futura solvencia de nuestro sistema de salud. Los retos que enfrentamos son particularmente formidables debido a la velocidad con la que la población envejece y la elevada prevalencia de la pobreza y de las enfermedades crónicas. Hay una tercera limitante, aún más importante. El gasto en salud actual es solamente una fracción de lo que en realidad se necesita para hacer frente a estos retos. Conforme la expectativa de vida y la posibilidad de exposición a riesgos de enfermedades crónicas aumentan, se acrecienta también la prevalencia de las afecciones crónicas degenerativas y el tiempo de duración de las mismas. Estas enfermedades y los desórdenes mentales representan el 60% de la morbilidad total en el mundo y el 46% de la carga global de enfermedad en el año 2000. Su incidencia se verá incrementada a un 60% para el año 2020; enfermedad coronaria, embolia, depresión y cáncer, serán las que más contribuyan a este porcentaje. Los países con un ingreso medio como México son los que más contribuirán al incremento. Estas enfermedades comparten factores de riesgo claves: el uso del tabaco, las dietas no saludables, el sedentarismo y el abuso del alcohol de manera continua a lo largo de la vida. La actual incidencia de enfermedades crónicas refleja una exposición anterior a estos factores de riesgo, y la incidencia futura será determinada en gran medida por la persistencia de tal exposición. Además en México las enfermedades crónicas no han simplemente desplazado a las infecciones agudas sino que ahora experimentamos una doble carga en virtud de su persistencia. Por otra parte, si nuestro país logra mejorar las condiciones de vida de la población, a medida que la situación económica se fortalezca, aumentará el previsible tabaquismo y la obesidad. La mortalidad y morbilidad por enfermedades crónicas declinarán subsecuentemente a la par de un desarrollo económico continuado. Hasta ahora, sólo algunos países miembros de la OCDE han logrado estas disminuciones, las cuales se asocian con niveles muy altos de desarrollo económico y social. Esto contrasta con las enfermedades infecciosas, las cuales disminuyen con el crecimiento económico. Los factores de riesgo de las enfermedades crónicas aún no comienzan a disminuir y exigen un enfoque integrado para su prevención, vigilancia y control.

LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LOS ANCIANOS EN MEXICO.

Estado Funcional.

El deterioro del estado funcional, la salud mental, el estado nutricional, los trastornos de la marcha y las caídas, las alteraciones del afecto y de la cognición, la fragilidad y la accesibilidad y utilización de servicios por los ancianos en México son áreas poco conocidas y por ello no se les da la relevancia que merecen en la planeación. Tal es el caso en particular de la depresión, los padecimientos demenciales, la osteoporosis, los accidentes, las artropatías, la incontinencia urinaria y el deterioro sensorial; afecciones todas que merman considerablemente la calidad de vida y que tienen en común una repercusión desfavorable sobre la funcionalidad. Así, el bienestar y la autonomía del anciano están íntimamente relacionados con su estado funcional.

De la población mexicana estudiada en la ENSE 94 y reportada por nosotros (Gutiérrez Robledo 1998), en cuanto a movilidad se refiere es evidente que a mayor edad, mayor limitación funcional. Por ejemplo, 90% de los individuos de la franja de edad de 60 a 64 años pueden salir de casa sin ayuda, en cambio, sólo 33% de los que tienen más de 90 años pueden hacerlo. Asimismo, si sólo 0.41% de los más jóvenes (60-64 años) están paralizados en cama, esto es 10 veces más frecuente (4.65%) entre los nonagenarios.

El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) estimado en función de la necesidad de ayuda para bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro,

alimentarse ó permanecer sólo en la noche se ve con frecuencia comprometido. En cuanto a estas actividades básicas del diario vivir, por ejemplo 0.68% de los casos no pueden de ninguna manera salir de la cama y son por ende totalmente dependientes de una tercera persona para sobrevivir. Un 6% de la población de más de 65 años estudiada por ENASEM presentaba dependencia grave en AVBD definida como la necesidad de ayuda en dos o más actividades.

Las actividades instrumentales (AIVD) requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución. Desde este punto de vista las incapacidades son en consecuencia más frecuentes. En el estudio de ENASEM se encontró una prevalencia de dependencia en AIVD del 12.5%

Algunas actividades instrumentales como: cortarse las uñas de los pies son particularmente difíciles pues ya a los 60-64 años un 18% necesita auxilio para lograrlo. Para tomar sus medicamentos y manejar dinero las frecuencias de incapacidad por edad son semejantes, la casi totalidad de los jóvenes viejos las ejecutan, cuando sólo la mitad de los más ancianos aún son capaces de hacerlo. El ejecutar tareas domésticas, tanto ligeras (lavar trastos y barrer) como pesadas (lavar ventanas, trapear el piso o ejecutar la limpieza general), reviste un mayor grado de complejidad. La necesidad de ayuda para ejecutarlas se incrementa considerablemente con la edad. Es así que aproximadamente 40% de los octogenarios y 66% de los nonagenarios están incapacitados para ejecutar, aún las tareas domésticas más ligeras. Es muy claro que la dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, es cada vez más frecuente a mayor edad y afecta más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino.

En el mismo estudio basado en la encuesta ENASEM se encontró que las variables más relacionadas con dependencia de manera independiente fueron: las enfermedades crónicas, la baja escolaridad, el bajo nivel económico y la falta de ejercicio.

Grupos de desventaja funcional

Sobre la base de la incapacidad para la movilidad y para la ejecución de las actividades básicas de la vida cotidiana arriba descritas podemos segmentar a la población. Para este fin, cuatro grupos de "desventaja funcional", ó "dependencia", han sido definidos (Alain Colvez 1990) (Cuadro 1) como útiles para la planificación. Se ilustran nuestros resultados conforme a sus criterios en el Cuadro 2

Cuadro 1. GRUPOS DE DESVENTAJA FUNCIONAL SEGÚN COLVEZ A. 1990.

- | |
|---|
| 1. Confinados a la cama o el sillón. |
| 2. No confinados a cama o sillón pero con necesidad de ayuda para bañarse y/o vestirse. |
| 3. Sin las características previas, pero que no pueden salir de casa sin la ayuda de una tercera persona. |
| 4. Los demás. |

Cuadro 2. GRUPOS DE DESVENTAJA FUNCIONAL EN ANCIANOS MEXICANOS POR EDAD Y SEXO EN PORCENTAJE*.

GRUPO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	60-80	>80	60-80	>80	60-80	>80
A	0.49	0.85	0.47	2.58	0.48	1.8
B	3.45	14.5	4.37	21.59	3.94	18.4
C	6.6	22.8	15.64	36.38	11.44	30.24
D	89.4	61.8	79.5	39.43	84.12	49.54

* Fuente: GUTIERREZ ROBLEDO L. 1998

Los datos anotados muestran la prevalencia de la discapacidad en las actividades individuales. La necesidad de ayuda, se incrementa con la edad y suele ser más prevalente entre las mujeres. Vista aisladamente, la proporción de personas de edad avanzada que tienen un cierto grado de deterioro funcional, traducido por la incapacidad o impedimento para la realización de las actividades de la vida cotidiana parecería muy grande (a nivel instrumental hasta 27% de los mayores de 60 años). En cambio, los estados graves son mucho menos frecuentes.

Es así, que la proporción de personas que están confinadas a la cama, y que por ende son totalmente dependientes de la ayuda de una tercera persona para la ejecución de las actividades de la vida diaria (grupo A), es inferior en todos los grupos de edad y sexo a un 3% (0.49 a 2.58%). El grupo B esta integrado por individuos que son dependientes para la mayoría de las actividades de la vida diaria y si bien sólo representa un 6.13% del total, hay amplias variaciones entre los grupos de edad. Entre los mayores de 80 años, 21.5% de las mujeres están en éste caso. En el grupo C, (quienes no pueden salir de su domicilio sin ayuda), el porcentaje de la población total de ancianos es de 14.29%, pero la cifra entre los mayores de 80 años alcanza el 30%.

La transición a la alta dependencia funcional

la proporción de miembros de este grupo poblacional que ha experimentado la transición a la etapa final del curso de la vida varía en los distintos grupos de edades como se muestra en el cuadro 3,

Cuadro 3. PORCENTAJES DE MAYORES DE 60 AÑOS CON ALTA DEPENDENCIA FUNCIONAL, POR GRUPOS DE EDADES Y SEXO, MEXICO 1994*.

GRUPOS DE EDADES	HOMBRES	MUJERES
60-64	11.2	10.4
65-69	11.2	12.7
70-74	9.1	18.1
75-79	20.0	24.9
80-84	29.4	35.4
85-89	24.6	49.6
90 Y MÁS	59.3	68.4

* SOLIS P. 1998

de cuyo análisis resalta la relativamente baja proporción de personas con deterioro por debajo de la franja de edad 70-75 años y su rápido incremento por encima de la misma. Si bien estos datos provienen de una encuesta transversal (Solís P, 1998), si asimilamos estos porcentajes al comportamiento de una cohorte ficticia, podemos concluir que las probabilidades de entrar en una situación de alta dependencia funcional antes de los 76 años son bajas, y que a partir de entonces, una creciente proporción de los sobrevivientes experimentan tal deterioro. Esta situación es predominante después de los 90 años. En lo que respecta a las diferencias por género, la mayor proporción de mujeres afectadas tiene su origen no únicamente en la estructura de la población sino en que efectivamente muestran una mayor y más precoz prevalencia de deterioro funcional grave. Las diferencias por lugar de residencia son virtualmente inexistentes, en cambio es posible demostrar como se suscita un más rápido y precoz deterioro en quienes no tienen acceso a los servicios de salud con respecto a quienes lo tienen.

Por otra parte, los datos disponibles (Solís P. 1998) demuestran cómo aún en nuestro medio se da un incremento en la frecuencia de apoyo y en la cantidad de personas que lo brindan cuando

sobreviene la situación de dependencia. El peso de este apoyo recae fundamentalmente en personas del sexo femenino y contribuye a profundizar las desigualdades de género. Por otra parte destaca el hecho de que se observó que uno de cada once ancianos que reciben apoyo lo recibe de alguien que no tiene con él ningún parentesco. Además, la ayuda prestada al anciano se da con mayor frecuencia bajo la forma de un intercambio (vg ayuda física por apoyo económico o tiempo dedicado a actividades en el hogar) y se dan con mayor frecuencia por personas de edad promedio de 38 años y con mayor frecuencia del sexo femenino, si bien esto varía en función de la ayuda aportada pues el apoyo económico es brindado en un 80% por individuos de sexo masculino. Son mayoritariamente las mujeres, esposas e hijas quienes ayudan a la población envejecida en actividades de cuidado personal, domésticas y de provisión de comida, mientras que los varones esposo e hijos) lo hacen en general con dinero. Sin embargo esta población envejecida ayuda principalmente a los varones en actividades domésticas y tiende a ayudar con dinero a las mujeres. Tal información es significativa pues nos hace ver como la población anciana "dependiente" en realidad participa en una compleja malla de interdependencia dentro de la familia (Montes de Oca V. 1998).

Deterioro funcional: implicaciones para la planeación.

La transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad de la persona de edad y una redefinición de sus necesidades que apunta al aumento de sus requerimientos de apoyo cotidiano en las actividades de la vida diaria. El creciente número de personas que en las próximas décadas entrará en esta situación representa un gran reto tanto para el diseño de políticas de seguridad social como para la implantación de programas que permitan prevenir los problemas de salud de este grupo poblacional y brinden apoyo a las familias que tendrán un anciano en casa. La puesta en práctica de soluciones efectivas es sin embargo difícil dado que a los rezagos acumulados en materia de seguridad social se suman la crisis de legitimidad de dicho sistema y por si ello no bastara, el evidente decremento en el tamaño medio de las familias que probablemente traerá consigo un debilitamiento de la institución que tradicionalmente y hasta la fecha se ha hecho cargo de los ancianos situados en una condición de deterioro funcional.

El deterioro funcional representa con frecuencia una limitación para el desplazamiento fuera del domicilio. En la encuesta SABE 85% de los mayores de 65 años tienen limitaciones en su movilidad y sufren en consecuencia, de dificultades de adaptación para desplazarse en el entorno urbano y por ende para acceder a los servicios de salud. No existen facilidades para compensar estas deficiencias.

Además, algunos de los cambios funcionales, como es el caso del deterioro de la movilidad, y particularmente el enlentecimiento de la velocidad de la marcha, medido en forma cronometrada, se ha reconocido como uno de los más fiables marcadores de incipiente fragilidad (Fried LP, 1998) y puede servir para la identificación de sujetos en riesgo de ulterior deterioro funcional y muerte.

Es fundamental centrar la atención en el fenómeno de la dependencia y el impacto funcional de la enfermedad. El deterioro funcional tiene implicaciones para la planeación. La transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad de la persona de edad y una redefinición de sus necesidades, que apunta al aumento de sus requerimientos de apoyo cotidiano en las actividades de la vida diaria. El creciente número de personas que en las próximas décadas entrará en esta situación representa un gran reto tanto para el diseño de políticas de seguridad social como para la implantación de programas que permitan prevenir los problemas de salud de este grupo poblacional y brinden apoyo a las familias que tendrán un anciano en casa, el análisis de los datos derivados de la ESEC nos permiten, a nivel de la ciudad de México estimar estas proyecciones con el método de Sullivan. La misma información a nivel Nacional se ha derivado del análisis de la ENASEM (Ham R 2003). La puesta en práctica de soluciones efectivas es, sin embargo, difícil dado que a los rezagos acumulados en

el sistema de salud se suma el evidente decremento en el tamaño medio de las familias que probablemente traerá consigo un debilitamiento de la institución que tradicionalmente y hasta la fecha se ha hecho cargo de los ancianos situados en una condición de desventaja funcional. Sin embargo, las discapacidades relacionadas con el envejecimiento pueden evitarse o retrasarse. Por ejemplo, en los últimos 20 años han disminuido de manera significativa las tasas de discapacidad asociadas con el envejecimiento en los EE.UU., Inglaterra, Suecia y otros países desarrollados. La promoción de la salud y el fortalecimiento de la atención primaria deben en el mediano plazo permitirnos reducir o diferir el deterioro funcional, como ya ocurre en los países post-industriales (freedman VA 2002). Dado que la población vive más tiempo, se necesitan urgentemente políticas y programas que ayuden a evitar y a reducir la carga de la discapacidad en la vejez en nuestro país; entre tanto, de no ser así, experimentaremos una expansión de la morbilidad y sus consecuencias funcionales.

Hay pues un imperativo inmediato que nace de la constatación de la elevada prevalencia del deterioro funcional y de las previsiones que permiten anticipar su incremento, en especial entre los más ancianos y particularmente en los del sexo femenino, que hace patente la necesidad de desarrollar la atención domiciliaria y los servicios comunitarios. Aunado a ello, se hace evidente la necesidad de desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica para el monitoreo de afecciones geriátricas e indicadores funcionales, y de trabajar en el desarrollo de una normatividad y un sistema de información, por ahora inexistentes, respecto a este tema. Una ventana de oportunidad se abre ahora con la introducción de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2000), clasificación que permitirá en el mediano plazo adecuar la información relativa a la repercusión funcional de la enfermedad.

Además, habría que enfrentar ya la resolución de las necesidades de los casos actuales a través de un mejor empleo y optimización de la infraestructura existente, promoviendo el mantenimiento a domicilio y tomando en cuenta no sólo las necesidades observadas, sino también las resentidas por la población objeto de esta atención para una adecuación de los servicios.

Es prioritario incluir indicadores funcionales en la vigilancia epidemiológica así como de salud mental, estado nutricional y movilidad y generar más información a este respecto a través de la investigación y de la exhaustiva explotación de las fuentes de información ya existentes y arriba enumeradas.

PROVISIÓN DE SERVICIOS Y CUIDADOS

En términos generales, los servicios necesarios para el cuidado de los ancianos pueden considerarse bajo tres categorías: seguridad social, servicios de salud y servicios sociales.

SEGURIDAD SOCIAL.

Para asegurar que se cubran las necesidades básicas de los ancianos, los gobiernos de algunos gobiernos locales en México proporcionan asistencia financiera directa, aunque esta tiende a ser limitada. Por ejemplo la Ciudad de México, aspira a garantizar un estándar de vida mínimo para sus adultos mayores a través de su pequeña pensión universal para los ancianos. En contraste, otras sociedades enfatizan el desarrollo de sistemas de fondos de pensiones más eficientes para proveer de recursos a sus trabajadores retirados, a través de la participación en esquemas de pensión gubernamentales y del sector privado. De otra manera, esta gente tendrá que depender principalmente de sus propios recursos al llegar a una edad avanzada (Gill *et al.*, 2004). En el presente, los pasivos correspondientes a los fondos de pensiones alcanzan proporciones desmesuradas y obligan a una pronta acción, si bien los costos políticos serán sin duda elevados.

SERVICIOS DE SALUD.

El cuidado de la salud comprende una amplia gama de servicios, desde el nivel primario hasta instituciones y hospitales especializados. Cuando requieren atención médica los ancianos tienden a confiar principalmente en las instituciones que el gobierno provee, particularmente para servicios de hospitalización y rehabilitación. Esto es debido a que muy pocos tienen los recursos o los seguros que paguen por atención y medicamentos en el sector privado aunque hay excepciones, tales como gente con cobertura especial, personal retirado de las fuerzas armadas y algunos servidores públicos. Sin embargo en su mayoría, la población mayor, actualmente confía en un cuidado primario pagado por ellos mismos, y sólo si necesitan hospitalización acuden al sector público. En México se proporcionan al menos los servicios básicos de hospitalización para la población de mayor edad, aunque estos servicios son de difícil acceso o están con frecuencia al límite de su capacidad. La inclusión de este grupo específico en el seguro popular daría sin duda un alivio significativo a sus necesidades.

El estado de salud de las cohortes de ancianos actuales y futuras es clave para estimar sus futuras necesidades. En el presente, la expectativa de vida se sigue acrecentando y, como se ha dicho, no hay hasta ahora evidencia de compresión de la morbilidad, sino más bien la expectativa de una vida más prolongada con un deterioro del estado de salud más duradero. (Palloni *et al.*, 2002; Vita *et al.*, 1998). Esto es claramente un asunto muy importante para los responsables de la política sanitaria y debiera ser determinante de las decisiones que se tomen con respecto al tipo de servicios comunitarios e institucionales que se necesitan. Sin duda tendrá influencia en la naturaleza de los cuidados médicos y de enfermería y en las necesidades de formación de nuevos profesionales. Es por ello que necesitamos de más investigación y de una recolección sistemática de la información epidemiológica tan pronto como sea posible.

La solución a los problemas de salud de los ancianos, requiere mas que el simple acceso a un medico. Requiere de un cambio en la cultura de la salud y un enfoque de salud pública hacia una educación para la salud, detección oportuna de problemas y provisión de recursos apropiados que proporcionen los necesarios cuidados comunitarios y de rehabilitación. Hay necesidad de recursos humanos entrenados para entender las peculiares necesidades de salud de una población en proceso de envejecimiento. Los sistemas debieran de ser flexibles y proveer servicios coordinados, organizados de acuerdo a las necesidades de la población de ancianos y los recursos de la comunidad.

El estudio de las determinantes de la salud revela que existe una amplia gama de factores que contribuye a la salud de los ancianos o que los coloca en situaciones de riesgo. Estas determinantes se encuentran rara vez aisladas y por lo tanto raramente se benefician de soluciones unidimensionales. Es por ello que se requiere un enfoque multi-sectorial para abordar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y promover los factores que favorecen un envejecimiento activo. Los principales factores de riesgo son el aislamiento social, la pobreza, una nutrición deficiente, el sedentarismo, el estrés, la ansiedad y la depresión.

El aislamiento social y la pobreza contribuyen a la morbilidad y a desenlaces negativos en la salud así como una reducción de las posibilidades para acceder a información y asistencia. El enfoque multisectorial debería aliviar la pobreza, enseñar a los ancianos para que conozcan y entiendan sus derechos y promover la educación para la salud. Existe evidencia de la importancia de una vida activa y una apropiada alimentación para ayudar a prevenir y aliviar enfermedades crónicas, favorecer los efectos positivos de la rehabilitación, reducir el potencial de caídas y lesiones y ayudar a manejar otros factores de riesgo. La dieta y el ejercicio juegan un rol positivo en el mantenimiento de la funcionalidad y en la prevención de discapacidades. La búsqueda sistemática de la desnutrición y la identificación de las necesidades nutricionales son medios efectivos y de bajo costo para fortalecer la capacidad funcional de los ancianos. Además se requiere de una

variedad de programas, para promover la participación en actividades físicas organizadas y de ejercicio. La elevada prevalencia de problemas de salud mental entre los ancianos contribuye a un mal uso de medicamentos, abuso de alcohol y conductas autodestructivas; y reduce la capacidad del individuo para cuidarse y solventar problemas de salud antes de que se vuelvan un factor de discapacidad o amenacen su vida. Hay avances considerables en el manejo de la ansiedad y la depresión, pero la falta de coordinación en la atención médica primaria y la insuficiencia de servicios comunitarios de salud mental resultan en una situación en la cual las necesidades de salud mental de la mayoría de los ancianos no se satisfacen. Están aún por desarrollarse estrategias locales diseñadas adecuadamente para favorecer la detección oportuna y el tratamiento apropiado de la depresión, la ansiedad y la demencia. Esto incluye el entrenamiento de los trabajadores de salud mental y de atención primaria, así como el desarrollo de actividades de orientación y asesoría por pares (PAHO/WHO 2002).

En México el sistema de salud aun está diseñado para proporcionar cuidados agudos. Carecemos de una orientación hacia el mantenimiento de la salud comunitaria que conduzca al desarrollo de la capacidad del individuo y de la comunidad para mejorar su estado de salud, detectar oportunamente los problemas y manejar los padecimientos crónicos al menor costo posible y con el enfoque más efectivo. La salud pública no ha evolucionado aún hacia un enfoque comunitario integral que promueva la salud y bienestar de la población de mayor edad. La mayor parte del trabajo necesario requiere la colaboración de múltiples sectores para disminuir la pobreza, promocionar buenos hábitos alimenticios, actividades físicas y sociales y proveer un sistema coordinado de cuidado para los ancianos. Los sistemas de atención primaria en México necesitan herramientas y recursos para reorientar o reorganizar los servicios de manera que satisfagan las complejas necesidades médicas de las personas de mayor edad. La actual organización y financiamiento de la atención primaria a la salud no puede responder satisfactoriamente a las necesidades de salud de los ancianos. Se requiere de recursos humanos que sean capaces de ir más allá de los episodios curativos para entender la necesidad de un proceso coordinado que involucre al médico tratante, otros miembros del equipo de salud, el paciente, y otros elementos en el manejo de enfermedades de crónicas. La atención eficaz requiere también de un monitoreo del apoyo y de la educación del paciente. El entrenamiento de los equipos de atención primaria para los ancianos debería ser considerado una prioridad. Deben desarrollarse así mismo programas de auto-cuidado. (Barry, 2002). Estos programas deberían ser adaptados a las necesidades de los adultos mayores pobres y que tienen niveles educativos muy bajos.

Es muy necesario avanzar en la integración a nivel comunitario de los servicios sociales y de salud que promuevan el apoyo continuo a personas en peligro de perder su autonomía. El desarrollo de la atención primaria puede mejorarse si se vinculan los recursos comunitarios relativos a la promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación, cuidados a largo plazo y cuidado paliativo de la población en edad mayor (PAHO, 2002a). Para este propósito, deberían desarrollarse o adaptarse lineamientos explícitos y protocolos para el monitoreo y la evaluación de la salud física, funcional, emocional y cognitiva de los ancianos como lo ha hecho el Instituto Merck para el Envejecimiento y Salud. (MIAH, 2005).

Entre tanto, es necesario desarrollar e implementar normas y estándares para programas comunitarios para adultos tales como cuidados de día, cuidados a domicilio, albergues e instituciones de cuidados prolongados. El sector público, las ONG y el sector privado necesitan formar alianzas que fortalezcan y desarrollen nuevos servicios comunitarios de carácter amable para los ancianos (WHO, 2004). Además el estado debe garantizar un nivel mínimo de calidad en el cuidado que proteja la dignidad y el bienestar de las personas de edad avanzada más frágiles y discapacitadas.

México comienza a experimentar los retos impuestos por el cuidado de los ancianos débiles, y debe aprender de los errores pasados de otros, que han dado prioridad al enfoque institucional de asistencia a largo plazo, y buscar mejores modelos comunitarios de cuidado a largo plazo. Por

ejemplo durante la última década los gobiernos de Canadá y USA exploraron el desarrollo de alternativas a los asilos; estas alternativas son de carácter comunitario, más apropiadas y más razonables en su costo. Los costos relacionados con el cuidado paliativo y a largo plazo serán tema de gran relevancia en el transcurso de la próxima década. Prever el desarrollo de modelos comunitarios apropiados mientras la demanda es relativamente baja, evitará que se agudicen los problemas en las siguientes décadas cuando la demanda podrá sobrepasar o incluso colapsar al sistema. (Brodsky, 2002)

Los países que están alertas y preparándose ahora, tienen la posibilidad de planear bien y de manera anticipada las adaptaciones necesarias. Desde esta perspectiva, deberíamos definir estrategias a largo plazo que reorienten los esfuerzos de inversión pública, así como los programas de entrenamiento, y establecer mecanismos públicos de asistencia social cuando sea posible amén de cultivar el desarrollo de iniciativas con objetivos claros en el seno de la sociedad civil.

SERVICIOS SOCIALES

La tercera categoría tiene que ver con la provisión de asistencia y servicios de albergue y alojamiento especializado para ancianos. El rango y avance de los servicios desarrollados en México tiene amplias variaciones regionales. Algunos servicios sociales, como los recreativos, están más generalizados. Mientras que otros, que se enfocan más a personas de avanzada edad, tales como el cuidado institucional, la asistencia de día, y los servicios de ayuda en el hogar están mucho menos desarrollados.

Es ampliamente reconocida la necesidad de formas especializadas o adaptadas de hospedaje que permitan a las personas de mayor edad continuar viviendo dentro de la comunidad y evitar la institucionalización. Dada la naturaleza del envejecimiento demográfico en México, con incrementos significativos en el porcentaje y en el número de ancianos, en conjunción con cambios sociales que van disminuyendo la capacidad de cuidado por parte de la familia, no es para nada una sorpresa que los cuidados prolongados adquieran relevancia en el contexto de la salud pública y la asistencia social. Las opciones van desde políticas que promueven el envejecimiento “in situ” y los cuidados comunitarios, hasta la construcción de hospitales y unidades residenciales de larga estadía con instalaciones de cuidado especializado de 24 hrs. para ancianos. En México es crucial el desarrollo de los cuidados domiciliarios y servicios asociados. Conviene orientar las políticas en este sentido hacia la búsqueda de estrategias que permitan a las familias seguir viviendo con, o cerca de sus familiares de edad avanzada. Estas estrategias pueden incluir la asignación de unidades habitacionales que no estén muy lejanas para hijos y padres entrados en edad, y una asignación preferencial cuando se incluyen familiares de mayor edad. Este tipo de iniciativas debieran desarrollarse para favorecer la proximidad y la expresión de la obligación filial. Además, se pueden intentar fórmulas comunitarias que permitan a personas de mayor edad sin lazos de consanguinidad vivir bajo un mismo techo, esto será más necesario a medida que la viudez y la longevidad aumenten (Sokolovsky, 2000).

Por unanimidad se reconoce la importancia de la familia en el cuidado de los ancianos, particularmente para el apoyo financiero y el cuidado a largo plazo. En nuestro país, ambas acciones dependen en gran medida de la familia y del sector informal. El gobierno por el momento provee una fracción menor del cuidado y suele ser el último recurso, aunque esto está cambiando. El valor tradicional de la responsabilidad filial existe aún en nuestra sociedad. Quizás por ello se asume que los ancianos serán cuidados o atendidos por sus familias y comunidades, lo cual se promueve y se estimula como algo normal en la sociedad. La familia es vista como la unidad clave de cuidado en la sociedad y esto incluso se ha incorporado a la ley para el adulto mayor del año 2000. La confianza en el cuidado familiar es de gran fuerza y es algo de lo que podemos estar orgullosos. Sin embargo su aceptación sin críticas y más importante aun, la expectativa de que las

familias en el siglo veintiuno serán capaces de continuar sus funciones como los responsables primarios y casi absolutos de la manutención de los ancianos es una debilidad potencial (Ng *et al.*, 2002). Esto se verá cuando los hijos se sientan culpables por no ser capaces de cuidar bien de sus padres viejos o frágiles, cuando sus propias circunstancias domésticas y económicas lo impidan. La expectativa de que la familia sea la principal proveedora de cuidado, ha representado en realidad hasta la fecha un obstáculo para el desarrollo de una política gerontológica coherente y efectiva. En consecuencia, enfrentaremos una creciente presión para que se enmienden estas expectativas. Será necesario desarrollar servicios de apoyo para que las familias puedan continuar respaldando, lo que puede convertirse en una pesada carga, si se les deja solo a ellas. Un sinnúmero de factores militan en contra de la continuación del cuidado familiar. Primero, muchas familias están separadas debido a la migración por causas laborales y por asuntos sociales, como divorcio o despojos. Segundo, el tamaño de las familias ha disminuido y en el futuro será aun menor el número de hijos que compartan las responsabilidades sociales y económicas del cuidado de sus padres ancianos. (Arraigada, 2004). El efecto combinado de estos dos factores significa que muchos futuros ancianos pueden no tener a ninguno de sus hijos en quienes confían viviendo en proximidad. Tercero, los espacios para alojamiento son costosos y el alojamiento multi-generacional es escaso y caro. Cuarto, las circunstancias económicas y la situación social conducen a muchas mujeres, que tradicionalmente cuidaban de sus padres o suegros, a trabajar. Es así que ya no están disponibles para cuidar de ellos continuamente. Por último, y no menos importante, muchas personas de mayor edad prefieren optar por la libertad de vivir independientemente, si bien cerca de sus hijos y nietos. Este aspecto del bienestar de los ancianos, es muy importante. Muchos no quieren habitar en la misma vivienda con sus hijos y no desean que se les perciba como una carga, especialmente en tiempos difíciles. Todas estas determinantes operan en la actualidad en diferentes combinaciones, en distintas regiones y en el ámbito urbano o rural. La evidencia subraya la urgente necesidad de establecer políticas y acciones que ayuden a las familias sin imponerles cargas agobiantes. La familia, como institución asistencial es una fuente de apoyo que necesita de protección.

UNA POLÍTICA NACIONAL RESPECTO AL ENVEJECIMIENTO.

De las consideraciones anteriores se derivan varios aspectos relevantes: ¿Cómo fortalecer el apoyo informal de la familia que se ha visto debilitado como consecuencia de la evolución que hemos descrito? ¿Existe alguna posibilidad de implementar una auténtica seguridad social (¿seguro popular?) para aquellos que forman parte del sector informal de la economía? ¿Cómo habremos de proteger los intereses de nuestros mayores mientras reestructuramos nuestra economía en la era de la globalización? ¿Tenemos algo que aprender de los países más desarrollados a este respecto?

La creciente marginalización es un asunto muy importante, la pobreza es su principal instigadora; económicamente implica estar en la periferia; políticamente significa estar fuera de los procesos de toma de decisiones y socialmente representa estar apartado de la vida de la sociedad. El fortalecer y asegurar la participación de los ancianos en la sociedad como una obligación, evita la marginalización. El tema crucial entonces es el evitar la pobreza. Las estructuras de apoyo mutuo y auto-ayuda podrán proporcionar a los ancianos una sensación de mayor control sobre sus propias vidas, pero no serán capaces de satisfacer sus necesidades básicas. El mejoramiento de los servicios sociales es una necesidad urgente debido a que el envejecimiento generará una enorme demanda de servicios sociales, desde los muy básicos como por ejemplo, la comida y el techo, hasta otros más complejos para hacer frente a las discapacidades.

Para mejorar estos servicios, el primer paso probablemente consiste en reconocer el envejecimiento como un asunto emergente y de gran importancia; segundo, tener en consideración que una gran mayoría de personas de edad avanzada no tendrán ni ahorros ni

acceso a los beneficios de seguridad social; y tercero, que la necesidad de servicios sociales es enorme y abarca desde los servicios básicos hasta los de rehabilitación.

El avance debe fundamentarse en los actuales sistemas de apoyo informal y en la infraestructura de servicios sociales existente. En este contexto, los centros de día para adultos pueden crecer con pocos recursos adicionales. En nuestro país probablemente no habrá suficientes recursos para desarrollar un número suficiente de servicios geriátricos especializados. Por ello tendremos que hacer adaptaciones en los sistemas de salud vigentes para preparar más y mejores profesionales de atención primaria en el campo del envejecimiento. (Gutiérrez-Robledo, 2002).

Planear la atención médica de los ancianos es ya una prioridad, en virtud de que tanto el envejecimiento poblacional como la atención a la salud son temas de política altamente relevantes. El desarrollo de una política nacional sobre el envejecimiento se da en un contexto complejo con facetas socioculturales, políticas, económicas y aún internacionales. El contexto internacional en particular reviste importancia en la medida que se conocen cada vez mejor las características de los diferentes tipos de servicios y acciones específicas así como su potencial impacto, en otras regiones del mundo. Es importante el contexto sociocultural debido a que nuestra gente ve a los ancianos con tradicional respeto, aun si esto no siempre se traduce en recursos y cuidados. También se reconoce ampliamente a la familia como la principal proveedora e incluso, se espera de ella que tome la responsabilidad en los cuidados y en la economía de los adultos mayores. Esto es al mismo tiempo una ventaja y una desventaja en el desarrollo y creación de estas políticas.

El objetivo deseable de una política pública sobre el envejecimiento es el promover un funcionamiento óptimo tanto físico como mental y disminuir la incidencia de enfermedades crónicas y discapacidades, esto, a través de suficientes recursos específicamente asignados para este propósito. Conviene también promover las transferencias intergeneracionales en cada nivel posible, alentar el fortalecimiento de los ancianos por medio de un combate a la pobreza, y alentarles a participar en los procesos de toma de decisiones y en actividades productivas. De igual forma, el óptimo cuidado médico de los ancianos requiere de un acceso universal a los servicios de salud y a intervenciones específicas para esta población en el terreno de la prevención y la promoción de la salud, así como el desarrollo de la atención domiciliaria y en el nivel comunitario. En todas estas acciones debe promoverse la participación del paciente. (Walker y Naegele, 1999).

Aunque el envejecimiento poblacional y la necesidad de políticas públicas a largo plazo a este respecto son evidentes, carecemos de una auténtica política nacional sobre el tema. El plan internacional de acción sobre el envejecimiento del año 2002 contiene numerosos aspectos que debemos considerar, incluyendo el concepto de “envejecimiento seguro” y prioridades que, por ambiciosas podrían desalentarnos (UN, 2002). Pero tales ambiciones reflejan la negligencia que la población en vías de envejecimiento ha enfrentado hasta hace poco tiempo. El bienestar de los adultos mayores está claramente ligado al bienestar de sus familias y al de la comunidad. Una política sólida debe reconocer que las personas de edad cuentan con el mismo potencial de inversión que grupos de otras edades.

Quienes hayan de formular nuestras políticas deben ser conscientes de que los ancianos de hoy en día son en muchos aspectos una generación transicional. Los programas futuros deben de anticipar la próxima emergencia de un grupo de adultos mayores que, a diferencia de los actuales, conocerán mejor y exigirán sus derechos. Muchos de nuestros futuros ancianos estarán en mejores condiciones y serán más educados. Esperarán y exigirán mejores respuestas. Cualquier política nacional que deje de considerar estos aspectos estará condenada al fracaso. El mayor reto para los años por venir está en el desarrollo de servicios especializados y de calidad en un contexto de escasez de recursos y frente a una población quizás más pobre y con menos salud.

Bibliografía.

Arriagada I. Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas. *Papeles de Población* 2004; **10**(40):71–96.

Barry P. The critical role of practicing physician education, Paper presented at *United Nations Second World Assembly on Aging*, Madrid, 2002.

Brodsky J. Conclusions. In J Brodsky, J Habib & M Hirschfeld (eds) *Long-Term Care in Developing Countries: Ten Case-Studies* 2002; World Health Organization collection on long-term care, Geneva.

Consejo Nacional de Población. Envejecimiento de la Población en México Reto del siglo XXI, Consejo Nacional de Población, México D.F. 2004.

Cutler DM, Knauth F, Lozano R *et al.* *Financial Crisis, Health Outcomes and Aging: México in the 1980's and 1990's* 2000; Working paper 7746, National Bureau of Economic Research.

Davies HM. Ageing and health in the 21st century: an overview. In *Ageing and Health, Proceedings of a WHO Symposium* 1999; WHO, WHO/WCK/SYM/99.1

Gill I, Packard TG & Yermo J. *Keeping the Promise of Social Security in Latin America. 2004 World Bank* 2004; Stanford University Press.

Gutiérrez-Robledo LM. Looking at the future of geriatric care in developing countries. *Journals of Gerontology MS* 2002; **57A**(3):M1–6.

Lerman I, Villa A & Gutiérrez-Robledo LM. Diabetes and coronary risk factors. Prevalence in rural and urban elderly Mexican populations. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998; **30**:250–5.

Liao TF. Measuring population aging as a function of fertility, mortality, and migration. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 1996; **11**(1):61–79.

Merck Institute for Aging and Health. *The State of Aging and Health in Latin America and the Caribbean. State of Aging and Health Reports Series* 2004, Available online at www.miahonline.org/resources/reports.

Merck Institute for Aging and Health. *The State of Aging and Health in Latin America and the Caribbean* 2005, website: <http://www.miahonline.org/tools/>.

Ng ACY, Phillips DR & Lee WKM. Persistence and challenges to filial piety and informal support of older persons in a modern Chinese society: a case study in Tuen Mun, Hong Kong. *Journal of Aging Studies* 2002; **16**:135–53.

Omran A. The epidemiological transition; a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1971; **49**:345–67.

PAHO/WHO. *A Guide for the Development of a Comprehensive System of Support to Promote Active Ageing* 2002; HPF/HPE Publication, Pan American Health Organization, Washington.

Palloni A. The meaning of the health transition. In S Caldwell, P Findley, G Caldwell *et al.* (eds) *What we know about Health Transition: The Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*, 1990; The Australian National University Printing service.

Palloni A, Pinto-Aguirre G & Peláez M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Epidemiology* 2002; **31**:762–71.

Pan American Health Organization. Health and aging. Paper presented to *The 26th Pan American Sanitary Conference* PAHO, (CSP26/13), 2002a; Washington, www.paho.org.

Peláez M, Palloni A, Alba C *et al.* *Survey on Aging, Health and Wellbeing, 2000* 2003; Pan American Health Organization (PAHO/WHO).

Robine JM & Romieu I. *Healthy Active Ageing: Health Expectancies at Age 65 in the Different Parts of the World REVES Paper n°318 (Réseau Espérance de Vie en Santé – Network on Health Expectancy and the Disability Process)* 1998; Date of contribution: May 1998, Contributed by Jean-Marie Robine and Isabelle Romieu for the World Health Organization, Division of Health Promotion Education and Communication.

Schulz JH, Borowski A & Crown WH. *Economics of Population Aging* 1991; Auburn House, New York.

Sokolovsky J. *Living Arrangements of Older Persons and Family Support in Less Developed Countries* 2000; The United Nations, New York.

United Nations. *Second World Assembly on Aging Proceedings* 2002; available at: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/index.html>.

United Nations. Long-range population projections, *Proceedings of the United Nations Technical Working Group on Long-range Population Projections United Nations Headquarters*, New York, 2003.

United Nations. *Millennium Development Goals* 2004; <http://www.un.org/millenniumgoals/>.

Vita AJ, Terry RB, Hubert HB & Fries JF. Aging, health risks and cumulative disability. *The New England Journal of Medicine* 1998; **338**:1035–41.

Walker A & Naeyegele G (eds) *The Politics of Old Age in Europe* 1999; Open University Press, Buckingham.

Wang J, Jamison DJ & Bos E. Poverty and mortality among the elderly: measurement of performance in 33 countries 1960–1992. *Tropical Medicine and International Health* 1997; **2**(10):1001–10.

World Health Organization. *The World Health Report 2001* 2001a; Statistical Annex, <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,burden-statistics>.

World Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions* (Meeting Report) 2001b; WHO, Ginebra, (WHO/MNC/CCH/01.01).

World Health Organization. *Towards Age-Friendly Primary Health Care* (Active ageing series) 2004; World Health Organization.

Yach D, Hawkes C, Gould L & Hofman K The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *Journal of the American Medical Association* 2004; **291**:2616–22.