

## Envejecimiento y Protección Social

- ➔ **La población de 65 años y más aumentará sostenidamente. En 1930 representaba el 2.6% de la población total; en 1970 creció al 3.4% y en 1990 al 3.7%. Se estima que para el 2030 alcanzará el 11.7% y llegará al 24.5% para el 2050.**

México D.F., 16 de julio de 2010. El Centro de Información para Decisiones en Salud Pública (CENIDSP) en colaboración con el Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), presentaron ayer el Seminario Institucional: *Envejecimiento y Protección Social*, como parte de la línea de investigación Salud y Grupos Vulnerables, cuya misión es contribuir a la reducción de la vulnerabilidad social en salud a través de la generación y transferencia de conocimiento sobre los determinantes de la salud en la población.

La Dra. Blanca Pelcastre, Investigadora en Ciencias Médicas D del CISS-INSP, fungió como moderadora del evento; en el que se expusieron las ponencias de la Dra. Rebeca Wong, de la *University of Texas Medical Branch (UTMB) – Sealy Center on Aging*; la Dra. Ma. Esther Lozano Dávila, Subdirectora del Programa de Atención al Envejecimiento del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud; y la Dra. Verónica Montes de Oca Zavala, Investigadora Titular A del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Los adultos mayores actuales son sobrevivientes del régimen epidemiológico infeccioso, o bien, presentan condiciones crónicas e infecciosas; y ningún país o agencia puede atender de forma aislada el reto del envejecimiento y salud. Así lo mencionó la Dra. Rebeca Wong al hablar sobre las *Políticas internacionales de protección social al adulto mayor*. Igualmente, indicó la especialista lo esencial que resulta la cooperación multi-país y multi-sector, para compartir lecciones aprendidas y el uso de ventajas comparativas.

Explicó también que el envejecimiento en México es considerado prematuro y acelerado comparado con el proceso en países desarrollados debido al sesgo económico. A nuestro país para alcanzar una proporción de población de adultos mayores del 6 al 15 % le tomará 27 años, en un periodo que abarcará del año 2000 al 2027, mientras que Japón tardó 40 años, a partir de 1985, en llegar a la misma proporción (6 al 15%); y en el caso de EE.UU. tardará 70 años; sin embargo, este proceso prematuro y acelerado no es único en México, es predominante en Latinoamérica.

Por otra parte, la Dra. Wong especificó las 4 áreas estratégicas inter-dependientes, de acuerdo a su experiencia en la UTMB: 1) incorporar la salud del adulto mayor en políticas públicas, 2) adecuación de los sistemas a los retos del envejecimiento; 3) la formación de recursos humanos; y 4) desarrollo de capacidad para generar conocimiento para diseñar y evaluar acciones.

Al finalizar su participación, la investigadora de la UTMB abordó la relación entre la migración internacional y el envejecimiento. Señaló que entre los mexicanos de 60 años o más, 40% de ellos nunca migraron, 51% son migrantes domésticos, y 9% de estos migrantes regresaron a EE.UU.

### CISS - Salud y Grupos Vulnerables: Adultos mayores

- ➔ Identificación de un modelo de atención a la salud para adultos mayores en zonas indígenas.
- ➔ Modelo de atención para adultos mayores maltratados.
- ➔ Calidad de la atención médica en los servicios geriátricos (SG) y módulos gerontológicos (MG) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- ➔ Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana.
- ➔ Calidad de vida y vejez en México rural: Una perspectiva de género.
- ➔ Diagnóstico de las condiciones de vida y bienestar del adulto mayor y evaluación del programa "Para vivir mejor", Guerrero 2006



Respecto a lo anterior la Dra. Wong presentó un estudio en el que señala las principales características de la población migrante: “los migrantes de retorno, es decir aquellos que van a EE.UU y regresan a México, y los que nunca migraron viven en áreas rurales; mientras que los migrantes de retorno con educación y derechohabientes son de nivel socio-económico medio; por su parte, los migrantes de retorno a EE.UU presentaron estilos de vida menos saludables, destacando los malos hábitos y el factor de riesgo más recurrente el tabaquismo”, apuntó la Dra. Wong.

En cuanto a las diferencias por género la especialista indicó que las mujeres migraron a mayor edad y se quedaron más tiempo, además, las féminas tienen una mayor red social antes y durante la migración, cuentan con mayor probabilidad de obtener sus documentos de estancia legal y menor probabilidad de regresar a su lugar de origen. De este modo, se hizo referencia a los migrantes que regresan a México como una población que tiene mejor capacidad de participar en programas de aseguramiento colectivo; no obstante, “las migrantes mexicanas de 60 años o más son un grupo vulnerable, de acuerdo a la prevalencia de condiciones de discapacidad (referido a limitación de al menos una actividad en la vida: caminar, comer, ir al baño, etc.) así como en la prevalencia de condiciones de salud (hipertensión, artritis, diabetes, etc.)”.

A continuación, la Dra. Ma. Esther Lozano Dávila departió sobre la conformación de las políticas nacionales de protección social al adulto mayor, refiriéndose a las estratégicas en México, las cuales son:

*“La vejez es una etapa de pérdidas pero también de plenitud dependiendo de la combinación de los recursos y estructura de oportunidades”. Dra. Ma. Esther Lozano Dávila*

**1) La salud de las personas mayores en la política pública y su adaptación a los instrumentos internacionales.**

En esta estrategia la Dra. Lozano indicó que ya se cuenta con una política, un marco legal y un plan nacional de envejecimiento y salud incipiente, y se está elaborando un marco legal y normativo basado en los derechos humanos en relación con la atención de las personas mayores usuarias de los servicios de cuidados de largo plazo.

**2) Adaptar los sistemas de salud a los retos asociados con el envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores.** La especialista señaló que se tienen estrategias en ejecución destinada a la promoción de conductas y ambientes saludables, existen programas de prevención y manejo de enfermedades crónicas con requisitos específicos y adecuados a las particularidades de las personas mayores, y se está trabajando para la optimización de servicios en la Atención Primaria de la Salud (APS).

**3) Capacitación de los recursos humanos necesarios para atender las necesidades de salud de las personas mayores.** Según explicó la Dra. Lozano, se tienen programas de capacitación para los trabajadores de salud en temas asociados con el envejecimiento y la salud de las personas; también, en coordinación con Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se tienen programas de capacitación en salud destinados a las personas mayores y sus cuidadores.

**4) Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para la ejecución y la evaluación de las actividades que mejoren la salud de la población mayor.** “Iniciamos con sistema de vigilancia y evaluación de la salud de las personas mayores y se está realizando el estudio de investigación de Salud, Bienestar y Envejecimiento, (SABE) por entidad federativa”, señaló.

**Medidas adoptadas por las Naciones Unidas:**

- Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento (Viena, 1982)**
- Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991)**
- Proclamación sobre el envejecimiento (1992)**
- Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (España, 2002)**



En los próximos cuarenta años –dijo la Subdirectora del Programa de Atención al Envejecimiento de la Secretaría de Salud- la situación demográfica del país es una ventana de oportunidad, en la cual el sector activo laboralmente crecerá con mayor rapidez que los sectores dependientes; “sólo mediante las inversiones sociales y de salud adecuadas será posible lograr una longevidad sana y activa que signifique una menor carga económica”.

En este contexto, la Dra. Lozano describió los modelos de protección social en México, enlistando el **Sistema de Seguridad Social**, el cual engloba las pensiones, el seguro de desempleo y la protección de la familia en el ámbito de la seguridad; el **Modelo de Asistencia**, es decir, el sistema público financiado mediante impuestos; **Servicios Privados**, financiado mediante el usuario o su empresa; y el **Modelo de protección universal**, destinado para todos los ciudadanos y de financiación mixto (impuestos y cotizaciones)

La Dra. Ma. Esther Lozano concluyó su participación señalando que los países industrializados tienen su proceso de envejecimiento de la población más avanzado, con base en la transición demográfica, y México está experimentando un envejecimiento acelerado con tasas más bajas de fertilidad y una mayor esperanza de vida.

En su turno, la Dra. Verónica Montes habló sobre la participación social en las políticas públicas para el adulto mayor, destacando el uso de la participación social como instrumento de demanda social y política hacia la satisfacción de necesidades materiales. La participación social en la vejez -explicó- como interacción provocadora de autonomía, independencia y funcionalidad tiende a enfatizar el bienestar subjetivo.

Aunado a lo anterior, las propuestas políticas de envejecimiento y participación social señaladas por la investigadora de la UNAM para visualizar el envejecimiento entre la población, focalizando al individuo más que a los grupos organizados, se orientan al envejecimiento activo, exitoso, saludable, satisfactorio y competente. La Dra. Montes señaló que la relación se centra en probar la vinculación entre interacción social, bienestar subjetivo y necesidades objetivas satisfechas para obtener mejor salud, mayor autonomía y conservación de la funcionalidad.

La política social en México y sus programas no propician la participación social en un sentido amplio, al contrario, fomentan la estancia en el hogar y la mínima interacción institucional, por lo cual resulta ser un mecanismo potenciador en la ejecución de las políticas- puntualizó la Dra. Montes-. Asimismo, señaló que el reto en la participación social y políticas públicas se encuentra en superar los estereotipos sociales que hacen del adulto mayor una persona no participativa, localizar el entramado de relaciones sociales existentes, condiciones políticas y posición social; así como fomentar una cultura de la propia participación social, del trabajo voluntario, y de la defensa de los derechos sociales en la vejez.

Para cerrar este seminario institucional, la Dra. Montes hizo hincapié en el efímero asociacionismo de la vejez en contextos de rechazo; en que hay poca defensa de sus derechos a la participación social; escasa inclusión de los ancianos en la formulación de sus políticas públicas; e insuficientes Organizaciones No Gubernamentales o Sociedad civil organizada, así como profesionales y trabajadores de la vejez, por lo cual hay una “fragmentación del tejido social organizado”.