

TEMA CENTRAL





Las políticas públicas de la vejez en México 2010

Roxana Muñoz Hernández*

Resumen

En México, la población mayor de 60 años es cada vez más numerosa y demandante de servicios. Se presenta un enfoque de integración social de la vejez, que concede preferencias a las acciones de ayuda a domicilio y da soluciones alternativas a la hospitalización o a la institucionalización, con el fin de reducir el número de camas en los hospitales y el de asilos o casas-hogar. La familia es un elemento clave para su aplicación. El objetivo de una política pública de la vejez basada en este enfoque es que el gobierno ofrezca apoyos orientados a mantener en su domicilio a los adultos mayores autónomos y dependientes.

Palabras clave: adultos mayores, vecinos, comunidad, entorno social, domicilio

Abstract

There are a growing proportion of senior citizens demanding public services in Mexico. An approach for a social integration of the elderly allowing for supportive actions at home, providing alternative solutions to hospitalization and institutionalization is being proposed. This could reduce the demand for beds in hospitals and at retirement homes. The family is a key element to make this approach feasible. The goal of a public policy for senior citizens based on this perspective implies that the government provides the necessary support to keep the elderly, both the autonomous and the dependent, at home.

Key words: senior citizens, neighbors, community, social environment, home



IZTAPALAPA

Agua sobre lajas

* Profesora-investigadora del Departamento de Producción Económica de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
roxanamunoz87@hotmail.com
rmunoz@correo.xoc.uam.mx

FECHA DE RECEPCIÓN 07/09/11, FECHA DE ACEPTACIÓN 14/02/12

IZTAPALAPA REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

NÚM. 71 • AÑO 32 • JULIO-DICIEMBRE DE 2011 • PP. 35-60

Introducción

El envejecimiento poblacional es un proceso que afecta a todos los países del mundo. Este proceso inició en los países desarrollados desde hace varias décadas y llegó más tarde a países de América Latina, como México. Se explica por la transición demográfica que aparece cuando la población de edad avanzada crece a un ritmo más elevado que otros grupos de edad, debido a los programas sociales de disminución de la fecundidad y a los avances de la tecnología médica, que tienen como resultados menores niveles de mortalidad (Salgado de Snyder y Wong, 2003: 15-22).

Según el Censo de Población y Vivienda 2010, la población mexicana mayor de 60 años es de poco más de 10 millones, 9% del total (112 336 538). Cabe señalar que, según proyecciones de población, “para el 2020 la población con 60 años y más se calcula en 15 millones, 13% del total de la población [...]. Para 2050, la población anciana será de 41.5 millones, lo que aproximadamente equivale a un 31%. [Sin duda,] el próximo panorama para las familias de aquellos en edad avanzada será un punto muy serio de reflexión política” (Montes de Oca, 2000: 424).

La mayoría de los adultos mayores (AM) tiene como contexto social y económico el aumento de la pobreza en México. Situación que se acentúa si éstos se encuentran en un ambiente rural o indígena. “En los primeros cuatro años del gobierno actual se reportó un alza de 12.2 millones de personas en pobreza patrimonial” (Cardoso y Zúñiga, 2012: 3).

Otro problema es la llamada *feminización de la vejez*: una mayor esperanza de vida de las mujeres; se estima que vivan seis o siete años más que su cónyuge, lo que las hace vivir una vejez sin pareja y aumenta su vulnerabilidad en términos de relaciones afectivas, apoyos domésticos y autonomía económica (INEGI, 2005). A esto se agrega la inequidad de género, que aumenta en las poblaciones de AM (Salgado de Snyder y Wong, 2003: 199-205).

El objetivo de este artículo es presentar la vejez con un enfoque de integración social y describir algunas de las opciones para que los AM autónomos y dependientes permanezcan en su domicilio. Las dos posibilidades que presentamos

son: el modelo de la Comunidad Participativa Tepito (Comparte) para el cuidado de los adultos mayores autónomos, y los cuasi mercados para adultos mayores dependientes. Otro objetivo es describir las políticas públicas vigentes en favor de las personas AM, sus antecedentes y la participación de otros actores en su formulación, como las redes de las organizaciones de la sociedad civil (OSC).

El artículo está integrado por tres partes, la primera explica la relación entre las políticas públicas y las OSC, y describe los componentes de las políticas de la vejez. La segunda aborda las políticas públicas de la vejez en México. Antes de presentar las políticas elaboradas por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam), revisamos algunos antecedentes de estas políticas, como el perfil de las personas AM en México y en el Distrito Federal (D. F.), así como los efectos del proceso de envejecimiento en diversas instituciones del gobierno, en organizaciones de la sociedad civil y en la familia. En este apartado también examinamos las contribuciones a las políticas públicas de parte de algunas OSC como la Red de Adultos Mayores. La tercera parte está dedicada a la propuesta para los AM autónomos y la formación de cuasi mercados en los servicios a domicilio para los AM dependientes. Por último, presentamos brevemente la situación de las políticas públicas de adultos mayores en países de América Latina y en algunos de Europa.

La primera propuesta se elaboró con una parte del trabajo de campo que realicé durante 2011 en la Comunidad Participativa Tepito, ubicada en el barrio de Tepito de la Ciudad de México. En esta investigación se aplicó la metodología cualitativa que produce datos descriptivos mediante entrevistas en profundidad y la observación participante. La segunda, relativa a los cuasi mercados de servicio a domicilio, se construyó a partir de la literatura sobre el tema.

Las políticas públicas de la vejez y las organizaciones de la sociedad civil

En México se ha llevado a cabo desde las décadas de los ochenta y noventa, con un repunte en los últimos años, una activa discusión sobre las políticas públicas en las universidades, en el sector público y en las organizaciones de la sociedad civil. Diversos autores como Luis F. Aguilar Villanueva (Aguilar Villanueva, 2009) así como José Luis Méndez y Pedro Vázquez Colmenares, entre otros (Méndez, 2010), han trabajado ampliamente el tema.

Las políticas públicas son un conjunto de acciones del Estado dirigidas a resolver un problema público como es el de la vejez; sus características más importantes

son: “un respaldo de normas de cumplimiento obligatorio y las repercusiones en la sociedad que afectan la vida de las personas e influyen en su interpretación de la realidad” (Huenchuan Navarro, 2003a).

También en años recientes algunos autores han comenzado a analizar la participación de otros actores, como las OSC, en la elaboración de las políticas públicas de la vejez, y se han construido indicadores para dar seguimiento al incremento o transformación de las OSC (Montes de Oca, Hebrero y Urioma, 2008: 380).

Por su parte, Mónica Tapia Álvarez (2010: 420) nos presenta las funciones que deben cumplir las OSC para convertirse en aliadas de la política pública: fomentar la transparencia y la rendición de cuentas del gobierno, garantizar los derechos humanos y el Estado de derecho, contribuir a la formulación, el financiamiento y la prestación de servicios públicos; promover la participación de los sectores más pobres en las políticas públicas y la toma de decisiones, así como incorporar más actores privados a la esfera pública.

En México se empieza a observar, aunque todavía de manera incipiente, la articulación de las redes de OSC en los asuntos públicos para mejorar las acciones y las políticas del gobierno. Es el caso de la vinculación de la Red de Adultos Mayores, compuesta por 30 OSC, con el Inapam para la elaboración de políticas públicas de la vejez.

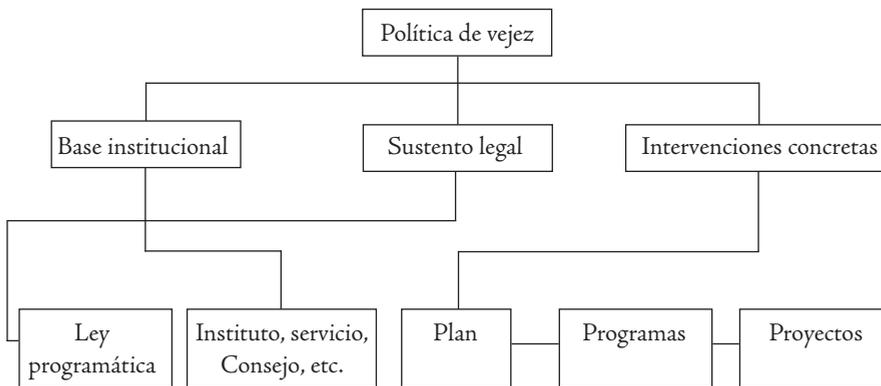
Las políticas de la vejez son acciones organizadas por el Estado frente a las repercusiones sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual. Los componentes ideales de una política de vejez son tres: una base institucional, un sustento legal e intervenciones concretas como los planes, programas y proyectos (Huenchuan Navarro, 2003) (cuadro 1). En México, la base institucional es el Inapam; el sustento legal está en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y las intervenciones concretas corresponden al Acuerdo Nacional a favor de las Personas Adultas Mayores que está elaborando el Consejo de Coordinación Interinstitucional con la colaboración de representantes de diversas secretarías y de algunas organizaciones de la sociedad civil.

Las políticas públicas de la vejez en México

Antecedentes

Durante mucho tiempo, en México se consideró que los problemas del envejecimiento y de los ancianos eran naturales y que había que resolverlos en el

CUADRO 1
Componentes ideales de una política de vejez



Fuente: Huenchuan Navarro, 2003a.

ámbito individual. Éstos se convirtieron en problemas públicos debido al proceso conocido como transición demográfica, que se refiere al pasaje de un régimen “tradicional” de equilibrio demográfico con mortalidad y fecundidad elevadas a uno “moderno”, de equilibrio de mortalidad y fecundidad reducidas. La transición demográfica se ha visto reflejada en los últimos censos de población del INEGI: la población de personas de 60 años y más pasó de 6% en 1995 a 9% en 2010.

También el proceso de envejecimiento se trasladó del espacio privado al público por la situación de vulnerabilidad que presentan los AM en México, que se manifiesta en la pobreza, la marginalidad y la discriminación de este sector de la población, como veremos en el siguiente apartado.

La aceptación de la vejez en cuanto categoría social distinta, compuesta por personas que por su edad merecen derechos y consideraciones especiales, es reciente en México. La relevancia de este nuevo enfoque se tradujo, en términos de políticas públicas, en la creación del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores, el cual nació el 22 de agosto de 1979 como Instituto Nacional de la Senectud (Insen) durante el gobierno del presidente José López Portillo. Al principio del mandato de Vicente Fox, en el año 2000, se le llamó Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (Inaplen), pero fue por poco tiempo debido a las constantes críticas. En 2002 cambió su nombre a Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam). Su legitimidad se apoyó en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores publicada en el *Diario Oficial de la Federación* en junio de 2002. Como apoyo de estos derechos están la Constitución de los

Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, el Código Civil de la Federación y de los estados, la Ley Federal del Trabajo y la Ley de Asistencia Social.

En el nivel internacional este nuevo enfoque se estudió en diversos foros internacionales. Las propuestas de estos foros sobre la vejez contribuyeron a elaborar nuevas políticas públicas en México y en América Latina. La Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, con una perspectiva de envejecimiento saludable, se llevó a cabo en Viena en 1982. De ella derivó el primer plan de acción internacional (Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento), que guió el pensamiento político y científico para alcanzar el máximo bienestar entre la población adulta mayor. Sin embargo, en los países menos desarrollados, como México, el plan no tuvo la recepción esperada a causa de la severa crisis de la década de los ochenta (Montes de Oca, 2003: 79-88).

En 1991 la Organización de las Naciones Unidas aprobó los siguientes principios en favor de las personas AM: independencia, participación, autorrealización, cuidados y dignidad.

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se realizó en Madrid en 2002, donde se intentó evaluar el trabajo realizado anteriormente y actualizar el plan de acción para que "los gobiernos de países en desarrollo asumieran compromisos que permitieran fortalecer las iniciativas gubernamentales y no gubernamentales tendientes a mejorar el bienestar de las personas mayores" (Montes de Oca, 2003: 84). Se efectuaron mesas redondas y se creó un espacio interactivo entre los gobiernos y la sociedad civil, que se complementó con dos reuniones científicas: el Foro Valencia y el Foro de ONG. En esta combinación de actores (gobierno, sociedad civil organizada y sector privado) está la clave de la discusión actual sobre las políticas públicas para los adultos mayores.

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, 2002 (segundo plan de acción internacional) es uno de los documentos que ha tenido más impacto en la región latinoamericana por su visión abarcadora: tiene un enfoque de envejecimiento activo y el lema "Una sociedad para todas las edades", y tres áreas prioritarias: *a*) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez; *b*) la creación de entornos propicios y favorables; *c*) la seguridad económica en la vejez. En 2003, Chile retomó las metas y objetivos de la segunda asamblea en su Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid. También Brasil las incorporó en su Declaratoria de Brasilia en 2008.

Perfil de las personas AM en México

A continuación presento el perfil de los AM en México dividido en dos aspectos: 1) dignidad y autonomía y 2) salud. El cuadro 2 muestra algunos indicadores del envejecimiento extraídos del Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI.

CUADRO 2
Perfil de las personas AM de 60 años o más en México

| | | |
|----------------------|---------------------------------------|--|
| Dignidad y autonomía | • Independencia económica (pensiones) | • 83.30% carece de esta prestación. 16.70% de los AM está pensionada |
| | • Feminización | • La expectativa de vida para las mujeres es de 77.8 años y de 73.1 para los hombres |
| | • Analfabetismo | • 24.60% del total no sabe leer ni escribir un recado |
| | • Empleo | • Menos de 30% del total se encuentra en el mercado de trabajo; esto corresponde a 3 065 343, de los cuales 23.77% son hombres y 6.72% mujeres |
| | • Discapacidad | • 20.67% de los AM tiene alguna condición física o mental que no le permite desarrollar sus actividades con normalidad (motriz, auditiva, lenguaje, mental...) |
| | • Vivienda | • 93.97% de los AM viven en una casa independiente, 3.84% en departamento de edificio y 1.13% en vecindades |
| | Salud | • Seguridad social |

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

El cuadro 3 nos permite apreciar cómo la autonomía y dignidad de los AM en el Distrito Federal son afectadas por la situación de vulnerabilidad en la que viven. Las desventajas de este grupo social con relación a otros se expresan en diversos indicadores, en primer lugar tenemos que la mayoría (83.3%) de los AM carece de pensiones, situación que impacta a la economía familiar y los hace más dependientes de ella, o, en el peor de los casos, los envía a la indigencia. El segundo indicador, la feminización de la vejez, nos informa del aumento de la esperanza de vida a 77.8 años para las mujeres, hecho que repercute en su autonomía económica. El tercer indicador: la escolaridad y el analfabetismo, nos muestra cómo 24.6% del total de los AM no sabe leer ni escribir un recado, lo cual los lleva a ocupar empleos precarios y con bajos salarios. En el cuarto, referido al empleo, vemos que de los 10 millones de personas AM que hay en México, sólo tres millones trabajan, y, de éstos, únicamente un millón cuenta con seguridad social, pues el resto es parte del mercado informal. Algunos continúan trabajando por no tener la prestación de la jubilación o porque ésta es muy reducida, otros por carecer de seguridad social. El siguiente indicador, relativo a la discapacidad, refiere que 20.67% de los AM tiene alguna discapacidad motriz, auditiva, de lenguaje o mental, que les impide realizar su actividad normalmente. En relación con la vivienda encontramos que 93.97% de los AM vive en una casa independiente, 3.84% en departamento de edificio y 1.13% en vecindades.

La salud de los AM es afectada por su pertenencia o no a los sistemas de salud; las personas de 60 años o más tienen una cobertura de la derechohabencia ligeramente mayor que el resto de la población. Esto puede deberse al trabajo desempeñado en su vida laboral o la de su pareja, a que los hijos los inscriben en las instituciones pertinentes o a las aportaciones directas que realizan para tener acceso a los servicios de salud. Así, vemos que 71.39% de la población mayor de 60 años cuenta con atención médica, mientras que 34.55% de los AM de 85 años carece de esta prestación. Entre los derechohabientes, 53.35% está inscrito en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y 12.82 en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El descenso de la mortalidad ha provocado un cambio en el perfil de causas. Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos adquieren mayor peso relativo en las generaciones más viejas. Estas tres enfermedades representan en los hombres 43.8 y en las mujeres 44.9% de las causas de fallecimiento. En este sector hay un predominio de las enfermedades crónico-degenerativas.

Perfil de las personas adultas mayores en el Distrito Federal

En lo que respecta al Distrito Federal, según el Censo de Población y Vivienda 2010, 11.33% de la población tiene más de 60 años, lo que equivale a un poco más de un millón de personas, las cuales representan 9.98% del total de ancianos del país.

CUADRO 3
Perfil de las personas AM de 60 años o más en el Distrito Federal

| | | |
|----------------------|---------------------------------------|---|
| Dignidad y autonomía | • Independencia económica (pensiones) | • 72.9% carece de esta prestación; 27.10% de los AM está pensionada |
| | • Feminización | • La expectativa de vida para las mujeres es de 78.8 años y de 73.8 para los hombres |
| | • Analfabetismo | • 7.87% del total de AM no sabe leer ni escribir un recado |
| | • Empleo | • 27.89% del total se encuentra en el mercado de trabajo. Esto corresponde a 279 877 personas, de las cuales 184 312 son hombres y 95 565 mujeres |
| | • Discapacidad | • 18.11% de los AM tiene alguna condición física o mental que no le permite desarrollar sus actividades con normalidad (motriz, auditiva, lenguaje, mental...) |
| | • Vivienda | • 70.51% de los AM viven en una casa independiente, 23.54% en departamento de edificio y 4.26% en vecindades |
| Salud | • Seguridad social | • 78.77% de la población de 60 años y más es derechohabiente, de éstos 41.60% son hombres y 58.40% mujeres, 21.32% de los AM de 85 años carece de esta prestación; entre los AM derechohabientes, 59.83% está inscrito en el IMSS y 25.95% en el ISSSTE |

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI.

En el D. F. la esperanza de vida es significativamente mayor que en el resto de los estados. De acuerdo con estimaciones basadas en estadísticas vitales del censo de 2010, el promedio de vida es de 78.8 años para las mujeres y 73.8 años para los hombres, es decir que en el Distrito Federal se concentra un elevado número de AM, y que en su mayoría se trata de mujeres, por lo que las políticas públicas con enfoque de género adquieren mayor relevancia en esta entidad.

En cuanto a las pensiones, el porcentaje de AM pensionados aumentó a 27.10%, aunque sigue siendo preocupante que la mayoría (72.9%) carece de esta prestación. Es de notar que en el Distrito Federal la mayor parte de la población es alfabeta, y que el índice de analfabetismo (7.87%) es bajo en comparación con el del resto de los estados.

Con relación al empleo, afortunadamente encontramos un alto índice (34%) de mujeres en el mercado laboral respecto de otros estados.

La derechohabencia de mayores de 60 años (78.77%) es ligeramente más alta que en el resto del país. Las personas inscritas al ISSSTE rebasan la media nacional.

Referente a la vivienda, llama la atención el porcentaje de adultos mayores que viven en departamentos en el Distrito Federal (23.54%). También el número de adultos mayores discapacitados es menor debido a los mejores servicios de salud que se ofrecen en la capital del país.

Efectos del envejecimiento de los AM en las instituciones

El envejecimiento de los AM ha impactado de diversas formas a instituciones como el gobierno federal y local, a las OSC y a la familia, como podemos apreciar en el cuadro 4.

Del gobierno federal hay que distinguir las instituciones encargadas de la seguridad social y las que se encuentran en el Sistema Nacional de Asistencia Social. Entre las primeras se encuentran el IMSS, el ISSSTE, el Seguro Popular y Petróleos Mexicanos (Pemex), entre otras; y en las segundas, las de asistencia social, se ubican la Secretaría de Salud, el Inapam y el Sistema de Desarrollo Integral para la Familia (DIF-Nacional), el cual está presente también en el Distrito Federal como DIF-DF, que administra cuatro casas de protección social que atienden a 1 200 indigentes, de los cuales 500 son de la tercera edad (Montes de Oca, 2000: 449).

La mayoría de las instituciones del gobierno federal trabaja en relaciones de complementariedad con el Gobierno del Distrito Federal en la atención de los

CUADRO 4
*Efectos del envejecimiento de las personas AM en las instituciones:
 el gobierno federal y local, las organizaciones de la sociedad civil y la familia*

| | |
|--|--|
| Gobierno (federal y local) | <ul style="list-style-type: none"> • Programas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Pemex, Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología) del gobierno federal (GF) • Programas de asistencia social (Secretaría de Salud, Desarrollo integral para la familia, Inapam) del GF • Programas de asistencia a la población en pobreza extrema (Instituto de Asistencia e Integración Social) del Gobierno del Distrito Federal (GDF) • Programa de apoyo alimentario del AM (GDF) • Programa de gratuidad en el transporte público, metro, autobuses urbanos y metrobús, y descuento de 50% en los autobuses foráneos (GDF) • Programa de comedores comunitarios de diez pesos (GDF) • Programas de empleo a los AM (GDF) • Día mundial de la toma de conciencia contra el maltrato y abuso de adultos mayores |
| Organizaciones de la sociedad civil | <ul style="list-style-type: none"> • Red de asociaciones civiles (AC) de AM • Instituciones de asistencia privada (IAP) • Organizaciones privadas (OP) |
| Familia | <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia económica • Economía familiar • Cuidadoras familiares de AM |

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas

adultos mayores. Sin embargo, habría que resaltar los diversos programas que el gobierno local ha desarrollado en favor de las personas mayores de 60 años, como los siguientes:

- El programa de apoyo alimentario del AM es financiado con recursos públicos del Gobierno del Distrito Federal (30 mil millones de pesos en los años 2008-2011). Por medio de este programa los AM reciben un vale de 934.95 pesos mensuales. Este año (2011) fueron beneficiadas 473 360 personas, de las cuales 293 000 son mujeres y 179 967, hombres.

- El programa de gratuidad en el transporte público ofrece la gratuidad en el metro y autobuses urbanos (excepto los llamados “peseros”) a partir de los 60 y en el metrobús desde los 70 años, así como descuentos de 50% en los boletos de autobuses foráneos.
- El programa de asistencia a la población en pobreza extrema, a cargo del Instituto de Asistencia e Integración Social del Distrito Federal, gestiona 150 comedores comunitarios ubicados en diferentes áreas de la ciudad, donde se puede comer por 10 pesos.
- Diversos programas de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal sobre los adultos mayores.

Entre las organizaciones de la sociedad civil que participan en la atención de las personas AM hay que distinguir las no lucrativas y las lucrativas. En las primeras se encuentran las asociaciones civiles (AC) y las instituciones de asistencia privada (IAP), las segundas corresponden a organizaciones privadas.

Las AC que se ocupan de los AM dependen económicamente de donaciones del sector privado y de los proyectos de coinversión con el sector público. Participan por lo general en forma de redes organizacionales desde las cuales inciden en las políticas públicas y en acciones para capacitar y concientizar a la sociedad sobre la problemática de la vejez. Un ejemplo en el Distrito Federal es la Red del Adulto Mayor (Redam), que agrupa a 30 AC. Estas organizaciones ofrecen asilos o casas-hogar a los AM, algunas cuentan con la infraestructura adecuada y otras adaptaron casas grandes para convertirlas en asilos, sin contar con el diseño adecuado para recibir a los AM. En este sector se encuentran también organizaciones que no forman parte de las redes y que no están registradas en ninguna dependencia. El Centro Mexicano de la Filantropía está realizando una encuesta para conocer esta estadística.

Las IAP se rigen por la Junta de Asistencia Privada (JAP) y la Ley de Instituciones de Asistencia Privada. Están afiliadas 430 instituciones, de las cuales 39 atienden a la población adulta mayor. De la población asistida en las casas-hogar, 867 de los 2 143 ancianos reciben atención gratuita. Sus fuentes de financiamiento son donaciones de empresas privadas y del Monte de Piedad. “A pesar de su labor social tienen un discreto manejo financiero y de lucha de intereses políticos” (Montes de Oca, 2000: 452).

Las organizaciones privadas efectúan actividades de cuidados prolongados, terapias, capacitación y residencias de día para la población AM. Se tienen registradas 115 instituciones privadas en el área metropolitana (Montes de Oca, 2000: 454).

Por último, tenemos el impacto en las familias, que sigue siendo todavía la institución más afectada por el envejecimiento de sus miembros, y que ha sido muy poco estudiada por los investigadores de la vejez en México. Este impacto se manifiesta sobre todo en su economía y en la disponibilidad de algún miembro para atender a los AM; por lo general este trabajo recae en las mujeres (esposa o hijas), sin embargo no existen estadísticas que permitan medir este impacto.

Participación de las organizaciones de la sociedad civil y del gobierno federal y local en la atención de las personas AM en el D. F.

Las organizaciones de la sociedad civil se han ocupado mayoritariamente de organizar los asilos y las casas-hogar para las personas AM, como podemos observar en el cuadro 5.

De acuerdo con la Redam, en el Distrito Federal se encuentran registradas 55 AC que se ocupan de los AM, de ellas sólo 30 participan en la red. La JAP tiene registradas 39 IAP, que atienden a 2 143 AM beneficiarios.

Llama la atención que el gobierno federal sólo tiene en el Distrito Federal dos centros gerontológicos: Arturo Mundet y Vicente García Torres, que albergan a 300 ancianos. El Inapam se ocupa de las llamadas *casas de día*, de la bolsa de trabajo y de la asesoría jurídica. El gobierno de la Ciudad de México atiende dos Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS) que no son asilos.

CUADRO 5
Participación del gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil en la atención a las personas AM en el Distrito Federal

| Gobierno federal | Gobierno del Distrito Federal | Organizaciones de la sociedad civil |
|--|---|--|
| • Centro Gerontológico Arturo Mundet | • Dos Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS) | • 55 asociaciones civiles |
| • Centro Gerontológico Vicente García Torres | | • 39 instituciones de asistencia privada |
| • Albergues y centros de día (Inapam) | | • 115 organizaciones privadas |

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas y documentos.

En el cuadro 6 presentamos el registro del censo del 2005 del INEGI sobre los 92 asilos o casas-hogar y las 3 435 personas que los ocupan en la Ciudad de México Este registro no indica si los asilos son asociaciones civiles o instituciones de asistencia privada. Cabe destacar que la mayoría de los asilos se encuentran en las delegaciones Benito Juárez y Coyoacán.

CUADRO 6
*Casas-hogar para adultos mayores (asilos)
por delegación y sus ocupantes en el Distrito Federal*

| Delegación | Viviendas colectivas | Ocupantes |
|-------------------------------|----------------------|--------------|
| Álvaro Obregón | 6 | 371 |
| Azcapotzalco | 3 | 270 |
| Benito Juárez | 18 | 452 |
| Coyoacán | 14 | 399 |
| Cuajimalpa de Morelos | 1 | 15 |
| Cuauhtémoc | 8 | 220 |
| Gustavo A. Madero | 8 | 444 |
| Iztapalapa | 8 | 137 |
| La Magdalena Contreras | 4 | 247 |
| Miguel Hidalgo | 6 | 300 |
| Tlalpan | 7 | 401 |
| Venustiano Carranza | 4 | 63 |
| Xochimilco | 5 | 116 |
| Total Distrito Federal | 92 | 3 435 |

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

Políticas públicas en favor de las personas AM

INSTITUTO NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

El Inapam es el órgano rector nacional de las políticas públicas en favor de las personas de 60 años o más. Desde su creación en 2002, el Instituto tiene como objetivo coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas que repercuten en este sector, así como asegurar que se cumpla la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Ha sido criticado por su falta

de actualización, por lo que en los últimos años ha incorporado a organizaciones de la sociedad civil y a algunas secretarías de Estado para elaborar las políticas públicas sobre los AM.

El Inapam sólo ha definido hasta ahora los siguientes cinco ejes rectores de la política pública nacional con el objetivo de trazar una directriz a las acciones y programas que se realizan en favor de las personas AM:

1. *Cultura de envejecimiento*; reúne las acciones y programas encaminados a producir una transformación cultural de la sociedad para que se valore y reconozca la dignidad de los AM.
2. *Envejecimiento activo y saludable*; acciones y programas para proporcionar los medios y las oportunidades para el goce de una vejez saludable, a través de acciones deportivas y eventos de recreación, de esparcimiento, de asociación y participación que contribuyan a su bienestar y autoestima
3. *Seguridad económica*; ofrecer mayores y mejores oportunidades laborales, brindarles capacitación continua, una contratación justa y equitativa que les permita cumplir una jornada accesible y con prestaciones y dispositivos de protección social
4. *Protección social*; tiene el objetivo de garantizar las necesidades básicas de las personas mayores de 60 años, tales como el acceso a los servicios de salud, alimento, abrigo y vivienda, con la finalidad de mejorar sus niveles de bienestar y de calidad de vida, en especial de quienes se encuentran en condiciones de vulnerabilidad o desventaja social, entendida como pobreza, enfermedad, invalidez, discriminación, abandono e indefensión
5. *Derechos de las personas adultas mayores*; tiene como propósito difundir sus derechos para combatir el maltrato y la discriminación

Consejo de Coordinación Interinstitucional sobre el tema de los adultos mayores. El Consejo se ocupa de las políticas públicas en favor de las personas AM. Está coordinado por el Inapam y, desde enero de 2011, reúne cada mes a representantes de diversas secretarías y a algunas OSC.

Para conocer la situación de los AM en las instituciones ha elaborado y enviado en 2011 dos formatos: "Realidades y compromisos en la atención integral del AM" y la "Guía para la revisión y evaluación de las áreas prioritarias de la estrategia regional sobre el envejecimiento". Actualmente se encuentra revisando para su aprobación un documento llamado "Acuerdo Nacional a favor de las Personas Adultas Mayores" (se puede consultar por internet). El Acuerdo incorpora los

ejes rectores de las políticas públicas ya mencionados y desglosa una agenda para atender los problemas del envejecimiento. Incorpora los principios de igualdad de oportunidades, independencia, participación, cuidados, autorrealización, dignidad y justicia, con un enfoque de derechos humanos y calidad de vida y uno de ciclo de vida y visión prospectiva.

Aún le falta definir los objetivos y los mecanismos de seguimiento de los diferentes temas de la agenda y aprobarla colectivamente.

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL:

RED DE ADULTOS MAYORES

Las OSC que atienden AM a través de la Red de Adultos Mayores también propusieron políticas públicas ante la Cámara de Diputados, en la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables, en noviembre de 2007. Entre sus propuestas destaca la demanda de una nueva relación de las OSC con el gobierno, que reconozca su participación y el apoyo económico para sus proyectos. También han fomentado que las personas AM intervengan en la definición de las políticas públicas, y elaborado un reglamento a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que no se ha redactado todavía. Finalmente, la modificación del marco jurídico garantiza los derechos de los AM en el Código Civil y la Ley Federal del Trabajo.

En el cuadro 7 se resumen sus propuestas.

La vejez como asunto de integración social

Huenchuan Navarro (2003a) retoma a Guillemard y establece que, en materia de protección social, el enfoque de la vejez como asunto de integración social da preferencia “a las acciones de ayuda a domicilio y las soluciones alternativas a la institucionalización y la hospitalización, a fin de mantener a las personas de edad avanzada en su entorno habitual y prevenir los riesgos de desinserción que implican las separaciones bruscas de éste” (Huenchuan Navarro, 2003a: 6). Asimismo, se reducirían el número de asilos y de camas de hospital.

A continuación presentamos dos propuestas encaminadas a mantener a los AM en su barrio y en su domicilio. La primera es el modelo de la Comunidad Participativa Tepito para los AM autónomos, que nos parece la más viable dados

CUADRO 7
Reforma a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

| | |
|-------------------------------------|---|
| Relación OSC-Gobierno | <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la labor de las OSC al coadyuvar con el gobierno en dar respuestas a las necesidades de atención de la población AM • Reconocer la participación de las OSC en políticas públicas y en la elaboración de programas públicos dirigidos a los AM • Crear en el Inapam un fondo económico destinado a apoyar proyectos de las OSC • Integrar a la SC y a grupos organizados en el diseño de planes y programas para la atención de la población AM en virtud del trabajo y atención directa que brindan a quienes conforman este sector |
| Salud a favor de las personas AM | <ul style="list-style-type: none"> • Crear un Plan Gerontológico Nacional para coordinar las acciones y recursos de las distintas dependencias públicas y privadas, que considere el diseño de una política poblacional a fin de generar programas y estrategias para brindar mayor bienestar acorde con las condiciones de los diversos grupos de las personas AM • Propiciar en los AM una cultura de la autoobservación, autocuidado y autoprevisión articulada con sistemas de salud que brinden atención geriátrica |
| Participación de las personas AM | <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la participación de los AM en la definición de las políticas y en la proyección de estrategias • Fomentar el desarrollo de los AM mediante el reconocimiento de sus capacidades, habilidades y potencial • Fortalecer su identidad individual y colectiva en la toma de decisiones en todos los espacios • Fomentar y promover una cultura de la vejez y el envejecimiento digno, activo y participativo |

Fuente: Redam, 2007.

los pocos recursos que destina el gobierno a este sector; la segunda, relativa a la organización de cuasi mercados de servicio a domicilio para los AM dependientes, requiere una amplia participación del gobierno: desde la licitación hasta el financiamiento de los servicios a domicilio.

CUADRO 8

Elaboración de un reglamento a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y modificación del marco jurídico para garantizar sus derechos

| | |
|----------------|---|
| Reglamento | <ul style="list-style-type: none"> • Establecer sanciones por incumplimiento u omisión de las obligaciones establecidas • Definir los mecanismos de defensa de las OSC ante abusos de familiares o de las mismas personas AM |
| Marco jurídico | <ul style="list-style-type: none"> • Código civil: tutela cautelar, violencia contra las personas AM (abandono, despojo patrimonial) • Ley Federal del Trabajo: trabajo para las personas AM, seguridad social (sistema de pensiones) • Garantizar el respeto de los derechos humanos de los AM a través del fortalecimiento y actualización del marco jurídico correspondiente. |

Fuente: Redam, 2007.

El modelo de la Comunidad Participativa Tepito

Se refiere a la organización de las personas AM autónomas en sus barrios y en sus domicilios; no tiene fines asistencialistas sino de formación de redes sociales con su entorno. Uno de los lemas de esta forma de organización es: “el barrio como alternativa al asilo”, lo que significa generar procesos de adopción de los AM en la comunidad donde viven. A través de trabajo social se crean vínculos y se logra que la gente del vecindario se interese y pueda llevarles de comer, o de beber y que esté atenta de sus medicamentos. Estas redes se generan con el trabajo de las comisiones de AM autónomas del barrio, el grupo operativo de la organización, como las comisiones de acompañamiento, convivencia, salud y vivienda, integradas por ocho o diez AM cada una. De acuerdo con los objetivos de cada una de ellas, las comisiones atienden las necesidades de los AM de su comunidad. Un ejemplo es la tarea de mantenimiento, que pertenece a la Comisión de Vivienda, donde se organizan redes vecinales para reparar barandales, cuidar las áreas verdes y separar la basura.

Las redes sociales son reforzadas por las cuidadoras de las personas AM, que son asalariadas de la organización y que hacen visitas domiciliarias todos los días a los AM (dos horas por cada AM), especialmente a los que se encuentran postrados

y necesitan cuidados especiales, como que se les tome la presión, comprar y darles sus medicamentos, en algunos casos inyectarlos, acompañarlos en sus citas médicas, bañarlos, cambiarlos, llevarles la comida, lavarles la ropa y hacer el aseo de su casa. Las cuidadoras reciben capacitación de la organización o asisten a cursos de formación que imparten diversas instituciones de salud. Todas estas actividades son coordinadas y apoyadas por el grupo administrativo, compuesto de 12 personas asalariadas: el director general y cuatro direcciones: Operación, Administración, Finanzas y Procuración de Fondos, que trabajan en equipo con las cuatro comisiones de AM con una estructura administrativa horizontal. A un lado de la dirección está el Comité Directivo, compuesto por seis miembros que orientan las decisiones que se toman en forma colectiva.

Los AM tienen una caja de ahorros administrada por ellos mismos, de la que extraen recursos para organizar eventos o excursiones para su recreación. La organización tiene una casa con un patio amplio para realizar las reuniones de las comisiones y actividades deportivas sencillas como basquetbol o gimnasia. En esta casa se encuentran las oficinas del grupo administrativo y un consultorio de medicina alternativa: homeopatía, acupuntura, flores de Bach, entre otras. En una casa cercana se cuenta con una sala de terapia donde se dan servicios de masoterapia y podología a los AM y a la población del barrio.

Este modelo ha sido aplicado por la Comunidad en el barrio de Tepito desde 1985, a raíz del sismo que dejó varias familias sin vivienda; el Gobierno del Distrito Federal, con su programa de Renovación Habitacional, construyó otras nuevas, a las que los AM no pueden acceder por no ser sujetos de crédito debido a su edad y por no contar con recursos económicos. A partir de un sondeo realizado a un número considerable de AM, destaca primero su deseo de permanecer en el barrio y de conservar sus redes familiares y su independencia. A partir de aquí se empieza a desarrollar la idea de “el barrio como un hogar para sus ancianos”, o el “barrio como alternativa al asilo”.

Comparte está en proceso de sistematizar su experiencia de más de 25 años en una franquicia social con el objetivo de replicar su propuesta de intervención en otros barrios. Dicha franquicia cuenta con ocho manuales que contienen la historia, conocimientos y experiencia de Comparte: *Guía de preapertura*, *Manual de recursos humanos*, *Inducción al Colaborador*, *Guía de capacitación*, *Manual de operaciones*, *Guía básica de seguridad y primeros auxilios*, *Guía de mercadotecnia y publicidad social*, y *Manual de identidad*.

Aunque el modelo Comparte todavía no se aplica en otros barrios, recientemente han comenzado a participar en la delegación Gustavo A. Madero en procesos de atención directa a AM; también participan en el Instituto Tecnológico

de Ecatepec en el Área de Gerontología. El trabajo de Comparte ha sido muy reconocido y ha recibido distinciones de diversas instituciones como el gobierno de la Ciudad de México y el Centro Mexicano para la Filantropía.

A continuación presento las características de Comparte y su diferencia con los asilos (cuadro 9), la principal es que en Comparte los AM viven en sus domicilios.

CUADRO 9
Modelos de atención integral a favor de los AM autónomos

| Asilos | Comparte |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Las personas AM viven en los asilos | <ul style="list-style-type: none"> • Las personas AM viven en sus domicilios; pueden seguir trabajando o haciendo algunos servicios • Redes sociales con su entorno • Participación de los AM autónomos |
| <ul style="list-style-type: none"> • Estructura piramidal • Administración jerárquica • Enfermeras • Casa adaptada a las personas AM • Medicina alópata | <ul style="list-style-type: none"> • Estructura horizontal (trabajo en equipo) • Autogestión • Cuidadoras de los AM • Casa para realizar reuniones y actividades • Consultorio homeopático • Terapia de masajes |

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas.

Cuasi mercados en la ayuda a domicilio de las personas AM dependientes

El término de cuasi mercados introduce los principios del mercado en el campo de las políticas públicas, lo que lleva a una división entre los roles de financiamiento y los de suministro de los servicios sociales como el cuidado de los AM en sus domicilios. La introducción de los cuasi mercados modifica la regulación pública de las políticas sociales (Nyssens, 2010).

Los cuasi mercados tienen dos características principales:

1. El Estado contribuye al financiamiento y la regulación de los servicios sociales, pero el suministro de éstos está abierto a toda clase de organizaciones: sector público, OSC, empresas de economía social y organizaciones del sector privado.

2. El consumidor es canalizado directamente al proveedor a través de la asignación de subsidios o, indirectamente, mediante un tercero, como un departamento social del gobierno a cargo de comprar los servicios para el consumidor.

Tradicionalmente el cuidado de las personas AM dependientes en sus domicilios ha sido procurado por la familia. Las OSC también han participado desarrollando servicios de cuidado de los AM en sus domicilios, por lo general sobre la base del trabajo voluntario.

Los cuasi mercados colaboran en el cuidado a domicilio de los AM mediante el suministro de servicios no médicos, como en la ayuda proporcionada a los AM frágiles, ya sea que sus necesidades sean temporales o de largo plazo, en especial los AM que por su condición necesitan una supervisión constante.

En los cuasi mercados, las cuidadoras formales o informales son las que proporcionan estos servicios; las cuidadoras formales son profesionales remuneradas por el gobierno, y las informales son generalmente un miembro de la familia que se encarga de dar estos servicios, y que pueden estar o no en un programa de apoyo del gobierno, como lo podemos apreciar en la articulación de las solidaridades familiares y públicas.

La solidaridad familiar directa se manifiesta en el interior de una familia cuando uno de sus miembros envejece y enferma; se refiere a la organización de cuidados de larga duración y a su financiamiento, en caso de dependencia. La solidaridad pública, en cambio es la ayuda del gobierno a los que apoyan en el objetivo de sostener las solidaridades familiares, que tiene como propósito evitar una sobrecarga de trabajo que lleve a una degradación de los cuidados familiares, y que pueda tener como consecuencia soluciones más costosas como la hospitalización o la transferencia del AM fuera del ámbito familiar en residencias o asilos (Lavoie y Guberman, 2007).

Para articular las solidaridades familiares y públicas el gobierno necesita conocer las características socioeconómicas de las cuidadoras familiares de AM, así como las tareas que realizan. Por lo general, las cuidadoras familiares son mujeres mayores de 50 años con dificultades para conciliar su vida profesional y los cuidados de su familiar dependiente.

El apoyo del gobierno a la cuidadora familiar puede tener diversas modalidades, como remuneración (total o parcial) por los cuidados efectuados, apoyo psicológico, reducción o exoneración de impuestos, prestaciones en especie y formación sobre nutrición, el proceso de envejecimiento, primeros auxilios y tanatología.

Otra alternativa para apoyar a los AM dependientes fuera de los cuasi mercados es la creación de empresas de economía social financiadas por el gobierno para darles servicios en sus domicilios.

La creación de empresas de economía social podría resolver los problemas de empleo de las mujeres mayores de 50 años, capacitándolas como cuidadoras de AM, y dar atención en su domicilio a los AM que han perdido su autonomía y que se encuentran postrados.

Las empresas de economía social integran en su administración principios como procesos de decisión democráticos, primacía de las personas sobre el capital, reparto de beneficios con criterio colectivo, finalidad de servicio a sus miembros o a la colectividad antes que de lucro, y autonomía de gestión.

Políticas públicas de la vejez en América Latina y Europa

Para contrastar lo anterior presentamos un cuadro sobre la situación de las políticas públicas de la vejez en diversos países de América Latina; destaca Brasil con un programa completo de políticas, plan nacional, ley especial y enfoque de género sobre los AM. La formulación y aplicación de las políticas públicas sobre la vejez en la región es heterogénea, como podemos observar en el cuadro 10.

Otro punto de contraste lo encontramos en países europeos con relación a la atención a domicilio de los AM dependientes. Podemos apreciar que la tendencia

CUADRO 10
Políticas públicas de la vejez en América Latina

| País | Política | Plan nacional | Ley especial | Enfoque de género |
|-------------|----------|---------------|--------------|-------------------|
| Bolivia | - | x | - | - |
| Brasil | x | x | x | x |
| Chile | x | - | - | - |
| Costa Rica | - | - | x | - |
| El Salvador | - | - | x | - |
| Honduras | - | - | x | - |
| México | - | - | x | - |
| Perú | - | x | - | - |
| Uruguay | - | - | x | - |

Fuente: Huenchuan Navarro, 2003a, p. 10.

de estos países es cuidar de ellos en sus domicilios, para lo cual los gobiernos han establecido los cuasi mercados para el cuidado domiciliario. Es de notar la disminución del cuidado de las personas AM dependientes en instituciones como hospitales o asilos (cuadro 11). El cuidado formal en casa está a cargo de las cuidadoras de AM financiadas por el gobierno. El cuidado familiar en casa lo brinda un miembro de la familia que puede estar o no en un programa de apoyo financiero del gobierno. En el caso de Italia, observamos que un gran porcentaje (79%) de AM dependientes tiene los servicios de una cuidadora familiar. Las familias suelen acudir a las cooperativas sociales para proveerse de personal para atender a los AM en su hogar. La mayoría de los que trabajan en estas cooperativas son personal inmigrante con bajos salarios.

CUADRO 11
*Adultos mayores dependientes que reciben cuidado formal
y familiar en sus domicilios (2007)*

| | AM dependientes (miles) | Cuidado formal en instituciones | Cuidado formal en casa | Cuidado familiar en casa | Total |
|------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------|
| Francia | 2 263 | 24% | 42% | 34% | 100% |
| Bélgica | 455 | 26% | 29% | 45% | 100% |
| Inglaterra | 3 094 | 15% | 29% | 56% | 100% |
| Italia | 2 515 | 7% | 14% | 79% | 100% |

Fuente: Nyssen Marthe, 2010: 504.

Conclusión

Desde el inicio de este trabajo hemos querido presentar un primer trazo de una política pública de la vejez con el enfoque de integración social, ya que entre las políticas públicas elaboradas por el Inapam no aparece esta alternativa, sin embargo, en el trabajo de campo realizado en el barrio de Tepito encontramos que la Comunidad Participativa Tepito la aplica desde 1985.

El enfoque de la vejez como asunto de integración social destaca la importancia de la familia para llevar a cabo las opciones de apoyo a los AM tanto autónomos como dependientes. Las dos opciones tienen como premisa básica que los AM permanezcan en sus domicilios, con sus familias y en su barrio, con el fin de reducir la hospitalización y la institucionalización de los AM. Ambas opciones

se complementan: por un lado, se fortalecen las redes vecinales y se articula la participación activa de la comunidad de AM autónomos con los cuasi mercados de servicios a domicilio para los AM dependientes. También se articula el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil y el gobierno para apoyar a los AM.

En este enfoque destaca la importancia de las cuidadoras de AM formales e informales. Las primeras son profesionales pagadas por el gobierno, y las segundas son generalmente algún miembro de la familia, con el apoyo del gobierno en diversas modalidades, con el fin de evitarles una sobrecarga de trabajo que tenga como consecuencia la hospitalización o la transferencia del AM a algún asilo.

Por otro lado, en relación con los componentes ideales de una política de vejez (véase cuadro 1), el Inapam ha cumplido con los dos primeros componentes, una base institucional y un sustento legal, pero queda mucho trabajo por hacer en cuanto a las intervenciones concretas relativas al plan, los programas y los proyectos, así como diseñar las políticas públicas. También habría que agregar a su labor la supervisión de los asilos de las OSC para que funcionen con los parámetros adecuados para dar un cuidado óptimo a los AM.

La participación de las OSC ha sido esencial en el cuidado de los AM. Con el enfoque de integración social los asilos se convertirán poco a poco en “casas de día” que se articulen con el programa de cuidados domiciliarios. Otro aspecto a resaltar es su reciente participación en la elaboración de las políticas públicas de la vejez. Las OSC han aportado su experiencia de muchos años al cuidado de los AM presentando propuestas innovadoras y modificando el marco regulatorio.

Bibliografía

- Abiega Sauto, María del Pilar de y Patricia Rebolledo Rebolledo
2010 “Diplomado sobre el Derecho a la No Discriminación por Motivos de Edad: Adultos Mayores”, presentación en PowerPoint, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México.
- Aguilar Villanueva, Luis F.
2009 *Gobernanza y gestión pública*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Bardach, Eugene
2008 *Los ocho pasos para el análisis de las políticas públicas*, Miguel Ángel Porrúa, México.
- Cardoso, Víctor y Juan Antonio Zúñiga
2012 “Registró México el peor aumento salarial en América Latina”, en *La Jornada*, 4 de enero, p. 3.

- Elder, Charles D. y Roger W. Cobb
 2007 “Formación de la agenda: el caso de la política de los ancianos”, en Luis F. Aguilar Villanueva, *Problemas públicos y agenda de gobierno*, Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 77-101.
- Gardin, Laurent, Marthe Nyssens y Paolo Minguzzi
 2010 “Les quasi-marchés dans l’aide a domicile: une mise en perspective européenne”, en *Annals of Public and Cooperative Economics*, vol. 81, núm. 4, pp. 509-536.
- Henrard, Jean Claude
 2007 “Les différents modèles de prise en charge de la dépendance”, en *Études de la documentation française*, núm. 5256, pp. 173-186.
- Huenchuan Navarro, Sandra
 2003a “Políticas de vejez en América Latina: una propuesta para su análisis”, ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51º Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, 14-18 de julio.
 2003b “Políticas públicas y políticas de vejez. Aspectos teórico-conceptuales”, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.
- INEGI
 2005 *Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.
 2010 *Censo de Población y Vivienda*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.
- Lavoie, Jean Pierre y Nancy Guberman
 2007 “Prendre soins des personnes âgées ayant des incapacités”, en *Informations Sociales*, núm. 143, *Politiques familiales et sociales au Québec*, pp. 76-86.
- Lessing, Doris
 2007 *Diario de una buena vecina*, Punto de Lectura, México.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*
 2002 *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, Secretaría de Desarrollo Social/Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, México.
- Méndez, José Luis
 2010 *Los grandes problemas de México. XIII. Políticas públicas*, El Colegio de México (Colmex), México.
- Minois, Georges
 1987 *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*, Nerea, Madrid.
- Montes de Oca, Verónica
 2000 “Experiencia institucional y situación social de los ancianos en la Ciudad de México”, en Rolando Cordera y Alicia Ziccardi (coords.), *Las políticas*

- sociales en México al fin del milenio. Descentralización, diseño y gestión*, Coordinación de Humanidades/Facultad de Economía/Instituto de Investigaciones Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México (IIS-UNAM)/Miguel Ángel Porrúa, México, pp. 419-456.
- 2003 “El envejecimiento en el debate mundial: reflexión académica y política”, en *Papeles de Población*, vol. 9, núm. 35, enero-marzo, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población-Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 77-100.
- Montes de Oca, Verónica, Mirna Hebrero y José Urioma
- 2008 “Construcción de indicadores de calidad de vida de la Población Adulta Mayor”, en Rolando Cordera, Patricia Ramírez Kuri y Alicia Ziccardi (coords.), *Pobreza, desigualdad y exclusión social en la ciudad del siglo XXI*, Facultad de Economía/IIS-UNAM, México, pp. 372-393.
- Nyssens, Marthe
- 2010 “Introduction to the Special Issue, the Development of Quasi-markets in Domiciliary Care: A European Perspective”, en *Annals of Public and Cooperative Economics*, vol. 81, núm. 4, pp. 501-507.
- Quintanar, Fernando
- 2010 *Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la Ciudad de México. Ante el escenario de la tercera ola*, Plaza y Valdés, México.
- Redam
- 2007 *Propuesta de Reforma a la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, Red de Adultos Mayores/Comisión de Atención a Grupos Vulnerables-Cámara de Diputados, México.
- 2008 “Alianza Estratégica Gobierno, Poder Legislativo y Organizaciones de la Sociedad Civil en torno al Envejecimiento”, seminario de la Red de Adultos Mayores, Universidad del Valle de México, Campus Roma, México, 29-31 de julio.
- Salgado de Snyder, Nelly y Rebeca Wong
- 2003 *Envejeciendo en la pobreza. Género, salud y calidad de vida*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca.
- Tapia Álvarez, Mónica
- 2010 “Organizaciones de la sociedad civil y políticas públicas” en José Luis Méndez (coord.), *Los grandes problemas de México. XIII. Políticas públicas*, Colmex, México, pp. 411-446.
- Zavala Gutiérrez, Mercedes Guadalupe
- 2011 “Gestión de Cuidados en el Adulto Mayor”, seminario del Centro de Educación Continua, Abierta y a Distancia/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1º-5 de agosto.